

Fiedler, Cornelius

# **Auftragsklärung in der psychodynamischen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen**

eingereicht als

**MASTERARBEIT**

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2014

Erstprüfer: Herr Dr. phil. Ulrich Kießling

Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst

## **Bibliographische Beschreibung**

Fiedler, Cornelius

Auftragsklärung in der psychodynamischen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, 60 S.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit,

Masterarbeit, 2014

## **Referat**

In der Masterarbeit geht es um die Klärung der Anliegen der Personen, die an einer Psychotherapie von Kindern bzw. Jugendlichen beteiligt sind. Im Schwerpunkt wird der Frage nachgegangen, inwiefern Kinder und Jugendliche selbst beteiligt werden können und sollten.

Die Bearbeitung des Themas beschränkt sich auf eine intensive Literaturrecherche innerhalb der psychodynamisch orientierten Fachliteratur und der Darstellung wichtiger, ausgewählter Aspekte.

Es werden Besonderheiten von Psychotherapien mit Kinder und Jugendlichen herausgearbeitet, sowie Möglichkeiten und Grenzen der Beteiligung bei der Klärung der Aufträge beschrieben.

Die Arbeit soll, als Theoriearbeit zu einer praktischen Fragestellung, hilfreiche Anregungen für die Praxis liefern.

## **Bibliographic description**

Fiedler, Cornelius

Assignment clarification in psychodynamic psychotherapy with children and adolescents, 60 p.

Roßwein, Mittweida/Roßwein University of Applied Sciences, Faculty Social Work,

Master's Thesis, 2014

## **Abstract**

This thesis investigates the different interests of individuals involved in the psychodynamic psychotherapy of children and adolescents. The research focuses on the question how and to what extend the children and adolescents themselves can and should be included in this process.

The scope of research is limited to an extensive literature research within the field of psychodynamic literature leading to the presentation of some selected and important aspects.

Specific characteristics of psychotherapy with children and adolescents will be delineated.

Furthermore, the possibilities and restrictions of engaging children and adolescents in the assignment clarification will be described.

This theoretical approach to a rather practically oriented question intends to deliver helpful thoughts for everyday practice.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Grundlagen zum Thema .....</b>	<b>5</b>
1.1	Psychotherapie als Arbeit im Auftragskontext.....	5
1.2	Besonderheiten des Auftragskontextes bei Kinder- und Jugendlichentherapien .....	5
1.3	Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Psychotherapien .....	8
1.4	Therapeut, Patient und Eltern – zum psychodynamischen Konzept der Triangulierung.....	11
<b>2</b>	<b>Therapeuten-Perspektive der Auftragsklärung.....</b>	<b>15</b>
2.1	Kulturell bedingte Erwartungen an Psychotherapeuten – gesellschaftliche Konventionen und Implikationen .....	15
2.2	Psychotherapie als kassenfinanzierte Krankenbehandlung – Aufträge durch Gesetze und Krankenkassen.....	16
2.3	Implikationen psychodynamischer Psychotherapie .....	18
2.4	Entwicklung einer Behandlungsidee durch den Therapeuten.....	21
2.4.1	Indikationsstellung mit Hilfe der OPD-KJ .....	21
2.4.2	Prognose .....	24
2.4.3	Fokusformulierung.....	25
<b>3</b>	<b>Eltern-Perspektive der Auftragsklärung.....</b>	<b>29</b>
3.1	Das Anliegen der Eltern – Veränderungsmotivation und Leidensdruck.....	29
3.2	Überweisungskontext – externe Aufträge durch Kindergarten, Schule, Ausbildungsstelle etc.....	30
3.3	Der Hintergrund der Eltern – Erwartungen an sich und die Kinder bzw. Jugendlichen und die Bedeutung eigener Konflikte .....	31
3.4	Das Anliegen der Eltern erfahren .....	32
3.5	Möglichkeiten und Grenzen der Berücksichtigung elterlicher Anliegen.....	33
<b>4</b>	<b>Kinder- bzw. Jugendlichen-Perspektive der Auftragsklärung .....</b>	<b>35</b>
4.1	Explizite und implizite Aufträge .....	35
4.2	Arbeitsaufträge und Beziehungsaufträge .....	37
4.3	Die innere und äußere Situation der Patienten .....	40
4.3.1	Verbundenheit und Abhängigkeit .....	40
4.3.2	Die Entwicklungstendenz .....	41
4.3.3	Integration und Aktualisierung.....	41
4.3.4	Beziehungsfähigkeit und soziale Aspekte .....	43
4.3.5	Schule und Leistungsbereitschaft .....	43

4.3.6	Bewusste und unbewusste Behandlungsmotivation .....	44
4.3.7	Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis .....	45
4.4	Das Anliegen der Patienten erfahren – Methoden und Verfahren zum Erarbeiten von Aufträgen .....	46
4.4.1	Gegenübertragungsanalyse .....	46
4.4.2	Die verzauberte Familie .....	46
4.4.3	Familie in Tieren .....	47
4.4.4	Die Wunderfrage .....	47
4.4.5	Squiggle.....	48
4.4.6	Satzergänzungstest.....	48
4.4.7	Analytisches Erstinterview nach Argelander .....	49
<b>5</b>	<b>Resümee.....</b>	<b>51</b>
<b>6</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>54</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>57</b>

## Einleitung

Durchsucht man die einschlägige deutschsprachige Literatur zur psychodynamischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, entsteht der Eindruck, dass den eigentlichen Patienten<sup>1</sup> kaum eine bedeutsame Rolle in der Auftragsklärung ihrer eigenen Therapie zukommt. Häufig werden die Anliegen und der Leidensdruck von Eltern erwähnt, die sich durch das Aufsuchen eines Psychotherapeuten verantwortlich für ihre Kinder zeigen. Der Behandlungsvertrag wird hauptsächlich mit den Eltern geschlossen. Welche Rolle aber spielen dabei die Anliegen der Kinder und Jugendlichen? Es erscheint sinnvoll, sich auch mit der Perspektive der Patienten zu beschäftigen. Zudem ist es naheliegend, davon auszugehen, dass auch vom Therapeuten eigene Anliegen und Erwartungen vertreten werden. Wie aber kommt man als Therapeut von Kindern und Jugendlichen dann zum Behandlungsauftrag? Ist Psychotherapie in diesem Sinne Auftragstherapie durch die Eltern, als verlängerte Instanz der elterlichen Absichten? Oder erteilt sich der Therapeut aus seiner fachlichen Sicht selbst einen Behandlungsauftrag, indem er seine Einschätzung zur Grundlage der Auftragsformulierung erklärt? Wie gelangt er zu seiner Einschätzung – indem er die Symptomatik und Persönlichkeitsstruktur professionell und damit nachvollziehbar diagnostiziert und darauf aufbauend theoriegeleitete Hypothesen und Veränderungsziele formuliert? Es liegt die Vermutung nahe, dass die ausschließliche Berücksichtigung sowohl der elterlichen Aufträge als auch der Sicht des Therapeuten für sich gesehen zu kurz greift und einer angemessenen Behandlung von Kindern und Jugendlichen allein nicht entsprechen kann.

In der vorliegenden Arbeit soll deshalb der Frage nachgegangen werden, welche Bedeutung die Klärung der Aufträge für eine Therapie mit Kindern bzw. Jugendlichen hat. Zudem soll erarbeitet werden, ob und wie sich die Forderung einer geklärten Auftragsituation generell begründen lässt und wie eine Auftragsklärung tatsächlich stattfinden kann. Der Inhalt dieser Masterarbeit bezieht sich auf die Klärung der Auftragslage zu Beginn einer Psychotherapie, die die Grundlage für weitere Schritte im therapeutischen Prozess bildet. Ziel der Arbeit ist es, einige in der einschlägigen deutschsprachigen Fachliteratur diskutierten Ansichten zum Thema Auftragsklärung in der psychodynamischen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen zu sichten und relevante Aspekte im Zusammenhang der Auftragsklärung darzustellen. Die Auswahl der dargestellten Inhalte muss dabei dem möglichen Umfang einer Masterarbeit angepasst werden, es kann somit unmöglich auf alle verfügbaren Veröffentlichungen eingegangen werden.

---

<sup>1</sup> Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

Die Zielgruppe der Arbeit sind vorrangig Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die auf psychodynamischer Grundlage mit Patienten im ambulanten Setting arbeiten. Sie sind in der Praxis mit der Initiierung einer Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen beschäftigt und dabei immer wieder mit den Herausforderungen dieses Vorhabens konfrontiert. Es wäre wünschenswert, mit dieser Arbeit hilfreiche Anregungen liefern zu können.

Die Arbeit ist in vier Teile gegliedert. Im ersten Teil geht es um eine Auswahl wichtiger Grundlagen zum Thema. Neben grundsätzlichen Fragen zum Thema der Auftragsklärung und des Auftragskontextes wird auf Forschungsergebnisse im Zusammenhang der Auftragsklärung und auf Besonderheiten in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen eingegangen. Der Hauptteil der Arbeit ist in drei Kapitel gegliedert, in denen jeweils die Perspektive einer der an der Psychotherapie beteiligten Personen näher beleuchtet wird. Es wird dargestellt, welche Hintergründe aus der Sicht von Therapeuten, Eltern und Kindern bzw. Jugendlichen bedeutsam für ihre jeweiligen Anliegen und Erwartungen an eine Psychotherapie sind und welche Besonderheiten die Positionen im Einzelnen charakterisieren. Im letzten Abschnitt der Arbeit werden Anregungen gegeben, wie es möglich ist, die Perspektive der Kinder und Jugendlichen, im Sinne einer geklärten Auftragssituation, in Erfahrung zu bringen und welche methodischen Möglichkeiten und Hilfen dafür geeignet erscheinen.

## **1 Grundlagen zum Thema**

Jede Arbeit fußt auf bestimmten Überzeugungen oder Annahmen und versucht relevante Besonderheiten im Zusammenhang des Themas zu berücksichtigen. Im Folgenden werden deshalb einige Besonderheiten in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen beschrieben, sowie wichtige Eckpunkte betont, die das weitere Vorgehen begründen.

### **1.1 Psychotherapie als Arbeit im Auftragskontext**

Psychotherapie ist ohne Auftrag nicht denkbar. Besser gesagt ohne Aufträge, denn es sind in jedem Fall eine Vielzahl unterschiedlicher Aufträge aus verschiedenen Richtungen beteiligt. Die Arbeit des Therapeuten mit dem Patienten und seinen Angehörigen findet im Auftrag statt. Jemand muss ein Interesse daran haben, dass ein Kind oder Jugendlicher zum Patienten wird und sich in therapeutische Behandlung begibt. Ein spezifisches Interesse kann prinzipiell von vielen Seiten her bestehen. Entscheidend ist hier aber vor allem die Frage, welche der Interessen für die Therapie bedeutsam sind und auf therapeutische Situationen direkt oder indirekt einwirken. In den meisten Fällen wendet sich an den Therapeuten jemand, der ein Anliegen hat, Wünsche und Erwartungen mitbringt und in der Psychotherapie einen Lösungsversuch für eine nicht länger ertragbare Situation sieht. Auf der anderen Seite macht der Therapeut ein individuelles Behandlungsangebot. Er hat eine Vorstellung davon, für welche Anliegen er sich als geeigneter Ansprechpartner und Helfer versteht – welche Wünsche und Erwartungen er beantworten kann und möchte. Je nach praktiziertem Therapieverfahren, Erfahrungen und Persönlichkeit des Therapeuten wird dieses Behandlungsangebot sehr unterschiedlich sein. Unabhängig aber davon, wie der Therapeut von seinem Selbstverständnis ausgehend, seine eigene Rolle dem Patienten gegenüber versteht und ausfüllt, scheint allein schon die Konstellation Hilfesuchender – Helfer eine den Auftragskontext konstituierende Bedeutung zu haben. Vor dem Hintergrund der Konstellation Hilfesuchender – Helfer, der Gemengelage von Interessen und Angeboten und der ärztlichen Behandlungstradition ist es zwar naheliegend, aber nicht selbstverständlich, eine differenzierte Auftragsklärung zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung durchzuführen.

### **1.2 Besonderheiten des Auftragskontextes bei Kinder- und Jugendlichentherapien**

Die Rolle der Kinder und Jugendlichen in der Auftragsklärung ihrer Psychotherapie wird in der psychodynamisch orientierten Literatur hauptsächlich damit begründet, dass sie

von ihren entwicklungsbedingten Voraussetzungen her noch nicht in der Lage seien, direkt in den Prozess der Auftragsklärung einbezogen zu werden. Die Fähigkeit, eigene psychische Innenvorgänge zu benennen und Veränderungswünsche diesbezüglich zu formulieren, sei nicht so stark ausgebildet wie bei erwachsenen Patienten. Manche Autoren gehen dabei so weit zu behaupten, dass Kinder und Jugendliche meist kein Krankheitsverständnis und keine Krankheitseinsicht hätten und weder explizit noch implizit einen Behandlungsauftrag äußerten (z.B. Boessmann, 2005, S. 152). Der Auftrag zur Psychotherapie komme meist von den Eltern bzw. Sorgeberechtigten und dem sozialen Umfeld, die ihrerseits einen Leidensdruck formulieren (vgl. ebd., S. 152).

Psychotherapie ist Arbeit im Auftragskontext, davon war im Abschnitt 1.1 bereits ausführlicher die Rede. Was aber macht das Besondere des Auftragskontextes bei Kinder- und Jugendlichentherapien aus? Kinder und Jugendliche kommen selten allein zur Therapie. Es gibt also vom ersten Moment der Begegnung mit dem Patienten an eine durch eine Triade charakterisierte Beziehungskonstellation. Alles, was in der Therapie passiert, ereignet sich im Dreieck von Therapeut, Patient und Eltern. Die Triade ist eine zu akzeptierende Realität in der Therapie von Kindern und Jugendlichen. Mit der Beziehungstriade soll deshalb ein Aspekt benannt sein, der erklären kann, weshalb die Perspektive des Dritten schon in der Klärung der Aufträge von Bedeutung ist, genau wie die Perspektiven von Eltern und Therapeuten. Der Dritte – der Patient – ist aber nicht in der Lage, sich im gleichen Maß an diesem Prozess der initialen Therapieplanung zu beteiligen, wie es Erwachsene können, das ist leicht nachvollziehbar. Die Lösung für dieses Dilemma sollte nicht sein, den Patienten zu übergehen und „die Sache unter Erwachsenen zu klären“. Es gilt herauszufinden, inwiefern es möglich ist, Kinder und Jugendliche, mit ihrer Sicht der Dinge und ihren Anliegen, angemessen an diesem Prozess zu beteiligen und was dabei zu beachten ist. Dass die Beachtung der Kinder und Jugendlichen im Prozess der initialen Auftragsklärung traditionell eher eine untergeordnete Rolle spielt, lässt sich einerseits entwicklungsbedingt erklären, das wurde bereits angesprochen. Andererseits liegen die Wurzeln der psychoanalytischen Haltung zu einem großen Teil in der Tradition des frühen 20. Jahrhunderts und damit in einer paternalistischen Gesellschaftsordnung (vgl. Rudolf 2006, S. 123). Das traditionelle Arzt-Patienten Verhältnis wird oft als paternalistisch beschrieben und meint eine Ordnung, in der der Patient sich bedingungslos den Empfehlungen seines Arztes unterordnet. Eine solche Haltung entspricht heute allerdings nicht mehr den gültigen Rollenvorstellungen. „Die adäquate therapeutische Grundeinstellung sollte den Patienten als gleichberechtigtes Gegenüber ernst nehmen.“ (ebd., S. 123). Rudolf betont neben einer offenen und gleichberechtigten Grundeinstellung gegenüber dem Patienten auch, dass sich Therapeuten nicht auf ihre



Fachsprache und ihr unzugängliches Expertenwissen zurückziehen sollen, sondern mit den Patienten die Indikationsentscheidung und therapeutische Zielsetzung gemeinsam erarbeiten müssen. Dieser gemeinsame Prozess müsse solange forciert werden, bis ein Konsens darüber hergestellt werden konnte, was therapeutisch zweckmäßig und notwendig ist. Der Therapeut müsse dem Patienten seine Sicht verständlich machen und sich so lange um „Übersetzung“ bemühen, bis dies gelungen ist. (vgl. ebd., S. 124)

Durch die Einbeziehung des Patienten wird von Beginn der Therapie an deutlich zum Ausdruck gebracht, dass er in die Verantwortung für das therapeutische Geschehen mit eingebunden ist. Er wird weder passiv behandelt noch verfügt der Experte über ihn. Es geht darum, den Patienten auf seine Rolle innerhalb der Psychotherapie vorzubereiten und dabei Klarheit über die Zielsetzung seiner Behandlung zu erlangen. Andererseits korreliert die Klarheit über die Ziele in der Therapie positiv mit einem guten Behandlungsergebnis, was zu den wenigen greifbaren Einflussgrößen in der Psychotherapieforschung zählt. (vgl. Orlinsky et. al. 2004 zit. n. Rudolf 2006, S. 124)

Die zitierten Ausführungen Rudolfs beziehen sich vorrangig auf die Behandlung erwachsener Patienten. Sie erwecken jedoch den Eindruck, grundsätzlich auch auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen übertragbar zu sein. Ein beschriebener Schwerpunkt in den Arbeiten Rudolfs ist die strukturbezogene Psychotherapie mit Erwachsenen. Diese Ausgangslage erscheint durchaus vergleichbar mit der Situation von Kindern und Jugendlichen, gelingt es diesen doch oftmals entwicklungsbedingt noch nicht, sich selbst ausreichend zu reflektieren und ihre emotionale Verfassung zu verbalisieren. Ihre inneren Strukturen sind teilweise, dem altersentsprechenden Entwicklungsstand gemäß, noch nicht ausreichend ausdifferenziert oder aber mit Blick auf die Störungsebene in ihrer Ausprägung und Entwicklung behindert, so dass oft kein ausreichender seelischer Binnenraum zur Auseinandersetzung mit inneren Konflikten entstehen konnte. In diesem Punkt ähneln Kinder und Jugendliche als psychotherapeutische Patienten strukturell beeinträchtigten Erwachsenen. Somit gestattet die ähnliche Ausgangslage, auch mit Kindern und Jugendlichen Behandlungsaufträge und Ziele in einem nicht-paternalistischen Umgang auszuhandeln. Für die Erwachsenenbehandlung mit strukturellem Fokus fordert Rudolf besonders in der Anfangsphase der Behandlung die Initiative des Therapeuten (vgl. ebd., S. 124). Der Therapeut muss sich etwas einfallen lassen, um mit dem Patienten in Kontakt zu kommen, und sein Verfahren auf die spezielle Erlebens- und Funktionsweise des Patienten ausrichten. Es ist eine sprachliche, emotionale und gedankliche Initiative gemeint, die der Therapeut an den „Patienten heranträgt und die sich auch von zunächst fehlender emotionaler Resonanz oder ärgerlicher Zurückweisung

nicht abschrecken lässt“ (ebd., S. 124). Damit ist das Interesse an der inneren und äußeren Realität gemeint, die die aktuelle altersentsprechende Lebensrealität des Patienten mit einschließt. (vgl. ebd., S. 124) Für die weitere Betrachtung drängen sich die Fragen auf, in welcher Weise dieses Interesse an der Welt des Patienten im Rahmen der Auftragsklärung zum Ausdruck kommt und was sich der Therapeut einfallen lassen kann, um mit seinem Patienten in Kontakt zu kommen.

### **1.3 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Psychotherapien**

Wie lässt sich die in dieser Arbeit thematisierte Auftragsklärung zu Beginn einer Psychotherapie mit dem Patienten und damit besonders mit dem Kind bzw. Jugendlichen generell als sinnvoll, bedeutsam und notwendig rechtfertigen? Ohne im Detail auf einzelne Studien einzugehen, lassen sich doch einige Aspekte beschreiben, die als Ergebnisse, besonders von größer angelegten Metaanalysen, festgehalten werden können. Der überwiegende Teil der aktuell verfügbaren und hier aufgeführten Arbeiten bezieht sich auf Forschungen zur Behandlung erwachsener Patienten. Es bleibt im Moment also nur die Möglichkeit, mit gebotener Zurückhaltung, die vorhandenen Forschungsergebnisse auf die Situation von Kindern und Jugendlichen kritisch zu übertragen. Eine aussagefähige empirische Absicherung im wissenschaftlichen Sinn steht zum Thema der Auftragsklärung und ihrer Bedeutung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Moment noch aus.

Senf und Broda treffen in ihrem integrativen Lehrbuch für Psychotherapie die Aussage, dass es auf der Suche nach Wirkfaktoren in der Psychotherapie zunehmend Belege dafür gibt, dass sich eine möglichst hohe Übereinstimmung von Behandlungszielen und Erwartungen zwischen Patient und Therapeut in Bezug auf die Therapie positiv auf den Behandlungserfolg auswirkt (vgl. Senf und Broda 2012, S. 141). Diese Einschätzung legt nahe, dass es wichtig ist, die Vorstellungen des Patienten zu explorieren und in Erfahrung zu bringen. Es bedarf eines Dialogs darüber. Besonders bei Kindern, aber auch bei Jugendlichen, stellt sich natürlich die Frage, in welcher Weise es möglich ist, über vorhandene Erwartungen im Austausch zu sein. Der ausschließlich narrativ gestaltete Dialog dürfte nicht ausreichen. (siehe Abschnitt 4.1 und 4.2)

Orlinsky und Howard entwickelten in einer mittlerweile mehrfach überarbeiteten Übersichtsarbeit zum Einfluss von Prozessmerkmalen ein „allgemeines Psychotherapie-Modell“ - das „Generic Model of Psychotherapy“ (Orlinsky und Howard, 1986). Vor dem Hintergrund der gesammelten und ausgewerteten Forschungsergebnisse messen sie unter anderem dem Kontrakt in der Psychotherapie eine besondere Bedeutung bei. Der Kontrakt enthält die wichtigen Absprachen zu Regeln und Rollenerwartungen für das

gemeinsame Vorgehen in der Therapie. Am Entstehen eines Kontraktes wirken Patient und Therapeut mit ihren eigenen Vorstellungen zur idealen Hilfebeziehung und zu normativen Rollenerwartungen mit. (vgl. Loth, 1998, S. 65) Auch hier wird deutlich, dass es zur Absprache über eine eventuell gemeinsame Schnittmenge in den Erwartungen erst die Bewusstheit der Erwartungen auf beiden Seiten braucht. Wenn ein Kind oder Jugendlicher in die Psychotherapie kommt, treffen zunächst seine und die Erwartungen des Therapeuten unvermittelt aufeinander. Sie müssen im Verlauf miteinander abgeglichen, gegenübergestellt, überarbeitet und fortlaufend angepasst werden, um irgendwann als Kontrakt - mit Aussagen über das gemeinsame Vorgehen und dessen Zielsetzung - gelten zu können. Die hier berücksichtigten Studien und Arbeiten der Autoren Orlinsky und Howard beziehen sich, wie oben erwähnt, auf erwachsene Patienten. Die Ergebnisse scheinen aber in diesen Punkten auf die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie übertragbar zu sein, da sie die theoretische Notwendigkeit und die Bedeutung eines Behandlungskontraktes prinzipiell betonen.

Ein anderer Beitrag stammt von Grawe, der in der Beschreibung der zunächst vier – später fünf – psychotherapeutischen Wirkprinzipien ein anderes Modell, ebenfalls als Ergebnis der Analyse vieler Studien und Metaanalysen, entwickelte. Sein Anliegen war es vor allem, die objektiv festgestellten Wirkungen therapeutischer Vorgehensweisen therapieschulenübergreifend zu erklären und wissenschaftlich zu überprüfen. Eines dieser Wirkprinzipien bezeichnet Grawe als motivationale Klärung. Dabei geht es darum, dass der Patient vom Therapeuten unterstützt wird, sein Erleben und Verhalten in Bezug zu seinen bewussten und unbewussten Zielen und Werten zu setzen und sich darüber klarer zu werden. Durch motivationale Klärung können implizite Bedeutungen explizit gemacht und damit dem Bewusstsein zugänglich werden. Das geschieht, indem die Situation des Patienten nicht nur unter der Bewältigungsperspektive, sondern vorrangig mit der Frage nach den dahinterliegenden Motiven betrachtet wird. Die verschiedenen psychodynamischen Therapieformen können zusammenfassend als klärungsorientiert bezeichnet werden, während kognitiv-behaviorale Therapien tendenziell eher bewältigungsorientiert sind. (vgl. Senf und Broda 2012, S. 36) Insofern kommt der motivationalen Klärung auch im Zusammenhang der psychodynamisch begründeten Psychotherapie eine besondere Bedeutung zu. Es ließen sich folglich die Fragen stellen: Warum empfindet der Patient genau das und nichts anderes und weshalb verhält er sich in dieser speziellen Art und Weise und nicht anders? Mit der Bezeichnung „Motiv“ ist alles gemeint, was den Patienten bewegt (von lat. movere – bewegen). Das Verständnis der überwiegend unbewussten Motive kann z.B. dabei helfen, nicht immer wieder in dysfunktionale Beziehungsmuster zu geraten, sondern durch Bewusstheit und Kontrolle das

Geschehen zu beeinflussen. An dieser Stelle lässt sich festhalten, dass Psychotherapien, unabhängig von der Therapieschule, dann besonders wirksam sind, wenn sie den von Grawe nachgewiesenen Wirkfaktoren *Therapeutische Beziehung*, *Ressourcenaktivierung*, *Problemaktualisierung*, *Problembewältigung* und dem hier herausgegriffenen *Prinzip der motivationalen Klärung* entsprechen (vgl. Grawe, 2005, S. 311). Wenn es gelingt, die impliziten, motivationalen Inhalte des Bewusstseins des Patienten in Bezug auf sein Empfinden und Verhalten in angemessenem Umfang zu explizieren, werden die Voraussetzungen geschaffen, darauf Einfluss zu nehmen.

Auftragsklärung unter dem Gesichtspunkt der motivationalen Klärung betrachtet würde eher den Beginn eines längeren therapeutischen Prozesses beschreiben, der dazu dienen sollte, als Zwischenergebnis im Therapieprozess mehr Klarheit über die eigenen Motive zu erhalten. Weil motivationale Klärung wirksam ist, empfiehlt sie sich auch in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen, von Beginn der Therapie an.

In einer recht ausführlichen Betrachtung und Analyse der Studienlage zur Wirksamkeit von Psychotherapie führt Seiffge-Krenke zwei für das hier bearbeitete Thema besonders relevante Ergebnisse an. Zum einen bezieht sich die Autorin auf Wampold, der 2001 aufgrund umfangreicher Recherchen zu dem Ergebnis kam, dass als gemeinsame generelle Wirkfaktoren, unabhängig vom Therapieverfahren, neben der Empathie (7-10%) und der Therapeutenpersönlichkeit (38-41%) das Arbeitsbündnis mit 21-25% von Bedeutung für wirksame Therapien ist. (vgl. Seiffge-Krenke, 2007, S. 352) Zum anderen lassen sich ähnliche Aussagen auch bei Orlinsky, Grawe und Parks finden, die insgesamt fünf entscheidende therapeutische Wirkfaktoren beschreiben: die Qualität des Arbeitsbündnisses, die therapeutische Beziehung und Bindung zwischen Therapeut und Patient, der Schweregrad der Störung, die Interpretation des Therapeuten und das Durcharbeiten des Konfliktes mit dem Patienten (vgl. ebd., S. 353). Das Arbeitsbündnis ist ein zentral bedeutsamer Faktor mit Blick auf wirksame Psychotherapie, unabhängig vom angewandten Therapieverfahren. In der psychodynamisch orientierten Psychotherapie mit Kindern oder Jugendlichen entsteht das Arbeitsbündnis in erster Linie zwischen Therapeut und Patient, daneben natürlich auch zwischen den Eltern und primären Bezugspersonen des Patienten und dem Therapeuten. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung, die den Wert des Arbeitsbündnisses herausstellt, legt sich nahe, alles für das erfolgreiche Zustandekommen eines Arbeitsbündnisses – die Klärung der Aufträge – zu tun.

Boessmann hält in einem Kapitel zur Psychotherapieforschung fest, dass keine anderen Faktoren stärker mit einem positiven Ergebnis in der Therapie korrelieren, als die Offenheit, das Engagement und die Mitwirkung des Patienten im Therapieprozess (vgl. Boessmann, 2005, S. 18). Die Eigenarbeit des Patienten selbst ist entscheidend, was Therapeuten umso stärker dazu ermuntern sollte, sich mit der Perspektive des Patienten, seinen Vorstellungen, Wünschen und Erwartungen in Bezug auf die Therapie zu beschäftigen und diese zu explorieren.

#### **1.4 Therapeut, Patient und Eltern – zum psychodynamischen Konzept der Triangulierung**

Triangulierung im psychodynamischen Entwicklungsverständnis lässt sich als ein Prinzip beschreiben, an dem verschiedene Prozesse beteiligt sind. Dabei geht es um die Entwicklung des emotionalen Bezugsfeldes eines Kindes von der Dyade zur Triade. Die oft auch als Mutter-Kind-Dyade bezeichnete psychische Welt des sehr jungen Kindes erweitert sich spätestens durch das Aufkommen ödipaler Konflikte zur Triade zwischen Vater-Mutter-Kind (vgl. Hoffmann und Hochapfel, 1979, S. 48).

Das Verhältnis des Säuglings zu seiner Mutter ist durch eine dyadische Beziehung gekennzeichnet, aus der er sich gegen Ende des zweiten Lebensjahres allmählich loslösen kann. Diese Loslösung bedarf neben der Objektkonstanz beim Kind einer Mutter, die auch ihrerseits zur Loslösung befähigt, indem sie das Kind nicht zu sehr für die Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse braucht. Das Kind darf nicht als alleiniger Besitz gesehen werden (vgl. Dammasch und Metzger, 2006, zit. n. Hopf, 2009, S. 279) und die Mutter sollte es nicht für ihren Narzissmus und nicht zur Regulation ihrer eigenen Ängste vor dem Alleinsein beanspruchen. Dem Vater kommt in dieser Zeit besondere Bedeutung zu, indem er sich als externer Dritter zur Verfügung stellt und in der bestehenden Triade dem Kind bei der Erkundung der nichtmütterlichen Welt behilflich ist. (vgl. Hopf, 2009, S. 279) Fehlt der Vater bzw. dieser externe Dritte, kann es zu einem Individuationskonflikt des Kindes kommen. Es ist hin- und hergerissen zwischen den einander zuwiderlaufenden Wünschen zu individualisieren bzw. mit der Mutter narzisstisch zu verkleben. (vgl. Heinemann und Hopf, 2004, zit. n. Hopf, 2009, S. 338)

Diese eher objektbeziehungstheoretisch geprägte Perspektive lässt sich durch die triebdynamische und die strukturelle Dimension erweitern. Damit ist vor allem das ödipale Konfliktgeschehen – auch als Ödipuskomplex bezeichnet – gemeint.

Die Fähigkeit zur Triangulierung bildet sich als Ergebnis eines komplexen Prozesses der frühen Interaktion zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen aus. Wichtige Voraussetzungen dafür sind unter anderem eine ausreichende Objektkonstanz, d.h. stabile Objekt- und Selbstrepräsentanzen, und das Vorhandensein eines zur Triangulierung verfügbaren Dritten. Ausreichende Objektkonstanz kommt darin zum Ausdruck, dass das Kind zum einen in der Lage ist sich selbst und die Eltern als jeweils getrennt und unabhängig voneinander existierende Personen zu begreifen. Getrennt und unabhängig voneinander bedeutet dabei, dass sich Gedanken, Gefühle und Wünsche der einzelnen Personen individuell unterscheiden oder gar widersprechen können und dass die Perspektive des Einen mit der Perspektive des Anderen nichts gemein haben muss. Zum anderen führt das Vorhandensein einer triangulierenden Außenposition in Form des Vaters im günstigsten Fall dazu, dass sich das Kind als zur Beziehung der Eltern miteinander nicht in dem gewünschten Maß zugehörig erlebt. Kohrs schreibt dazu: „Das Kind versteht, dass es aus der liebevollen erregenden sexuellen Beziehung der Eltern *zeitweise* ausgeschlossen ist, kann dies aber tolerieren und nutzt die konflikthafte Auseinandersetzung damit im Sinne einer eigenen Reifung hin zu eigenen Objektbeziehungen (reifer Ödipuskomplex).“ (Kohrs, 2014, S. 220, Herv. i. Orig.) Auf eine ausführlichere Darstellung der ödipalen Konfliktsituation muss an dieser Stelle verzichtet werden.<sup>2</sup> In einem kurzen Resümee hält der Autor fest, dass die notwendigerweise konflikthafte Auseinandersetzung mit der intersubjektiven Realität triangulärer Objektbeziehungen ein wohl eher lebenslanger Prozess ist. Als zentrale Konfliktkonstellation innerhalb des Ödipuskomplexes wird der Entwicklungsschritt von der dyadischen Mutter-Kind Beziehung hin zur triangulären Objektbeziehungsstruktur formuliert, der Schritt von der präödipalen zur ödipalen Welt. (vgl. ebd., S. 217) Die heilende Erfahrung besteht in der schrittweise vollzogenen, gemeinsamen Aneignung der Verständnisprozesse im Erleben eben dieser Konflikte. (vgl. ebd., S. 223) Die eigentlich korrigierende Beziehungserfahrung innerhalb der Therapie besteht in diesem Zusammenhang in der triangulierenden Funktion innerhalb der therapeutischen Beziehung und nicht im Erleben eines konfliktfreien Beziehungsraumes. Behandlungstechnische Probleme können dann entstehen, wenn die reife ödipale Position nicht erreicht werden kann. In diesem Fall ist der Patient unfähig, den Therapeuten und damit in der Identifikation auch sich selbst in der dritten Person zu tolerieren – der Therapeut kann nicht in der beobachtenden Position erlebt werden.

---

<sup>2</sup> Eine ausführliche Darstellung ist übersichtlich und aktuell in „Praxis der psychodynamischen Psychotherapie“, 2014, Boll, Klatt und Kohrs, S. 213-226 nachzulesen.

Seiffge-Krenke beschreibt die Ausbildung einer verinnerlichten triangulären Struktur als wichtigen Meilenstein in der Entwicklung eines Individuums. Oft ist dieser Schritt bei jugendlichen Patienten noch nicht ausreichend gelungen. Zu Therapiebeginn sind eher dyadische Beziehungen charakteristisch. (vgl. Seiffge-Krenke, 2007, S. 272) Die Autorin betont auch, dass der Triangulierungsfähigkeit in der Adoleszenz erneut große Bedeutung zukommt. In dieser Zeit müssen „neue, nichtinzestuöse Lösungen erarbeitet werden“ (ebd., S. 272). Damit ist der Bogen weit gespannt und es wird klar, dass es bei dem Thema Triangulierung um ein sehr vielschichtiges Konzept geht. In der Therapie kann die Einbeziehung beider Elternteile prinzipiell die Triangulierungsfähigkeit fördern und stärken. (vgl. Windaus, 2009, S. 222).

Jugendliche sind allgemein in ödipale Konflikte verwickelt, was ihnen die Formulierung eigener Anliegen schwer macht. Im Besonderen wird diese Formulierung fast unmöglich, wenn die Fähigkeit zur Triangulierung nicht ausgebildet ist. Was aber, wenn die Position des externen Dritten vom Patienten nicht angemessen verstanden werden kann, weil es dafür noch keine ausreichende, innere Struktur gibt? Identifiziert sich der Patient dann im Prozess der Auftragsklärung mit seinem undifferenzierten Empfinden in dem Sinne, dass er sich nicht als getrennt und autonom von den Interessen und Perspektiven der Eltern und des Therapeuten erlebt? Was kann das für die Auftragsklärung mit Kindern und Jugendlichen bedeuten?

Wie bereits erwähnt findet die Klärung der Aufträge in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen immer in einer triangulären Konstellation zwischen Patient, Eltern und Therapeut statt. Der Therapeut gestaltet diesen Prozess als externer Dritter, unabhängig davon, inwieweit beim Patienten eine verinnerlichte trianguläre Struktur vorhanden ist. Aus Therapeutensicht ist es naheliegend davon auszugehen, dass sich in diesem Klärungsprozess drei unterschiedliche, unabhängig voneinander existierende Personen begegnen. Aus Therapeutensicht ist auch klar, dass diese drei „Parteien“ keine zwingend kongruente Wahrnehmung der Situation haben, dass sich Motive widersprechen können, dass sich Absichten und Ziele entgegenstehen können – kurz, dass drei verschiedene Anliegen im Moment der Auftragsklärung aufeinandertreffen. Wie aber erscheint die Situation aus Sicht eines Patienten, der die Position des externen Dritten psychisch nicht oder nur eingeschränkt repräsentiert, der sich selbst und damit auch den Therapeuten nicht in der dritten Person tolerieren kann?

Diese Lage könnte bedeuten, dass es dem Patienten kaum möglich sein wird, dem Therapeuten gegenüber Veränderungswünsche oder Entwicklungsanliegen zu entwickeln und zu formulieren, die die Beziehungen zu den primären Bezugspersonen betreffen.

Eine Besonderheit von Kindern und Jugendlichen besteht darin, dass sie ihrem Alter entsprechend real von ihren primären Bezugspersonen abhängig sind. Sie können nicht ohne weiteres bewusst eigene Anliegen und Bedürfnisse gegenüber einem Therapeuten formulieren, weil sie zwangsläufig in ödipale Konflikte verwickelt sind. In einer sehr weiten Definition beschreibt Mertens den Ödipuskomplex als „[...] die Gesamtheit der kindlichen Liebes-, Hass- und Schuldgefühle gegenüber den Eltern.“ (Mertens, 2008, S. 532, zit. n. Boll-Klatt und Kohrs 2014, S. 215), was die prinzipielle Tragweite ödipaler Konflikte erahnen lässt.



## **2 Therapeuten-Perspektive der Auftragsklärung**

Die Perspektive des Therapeuten wird durch viele Faktoren beeinflusst. In seiner beruflichen Identität ist er in übergeordnete Zusammenhänge eingebunden. Kulturell begründete Erwartungen und finanzielle Abhängigkeiten sind ebenso bedeutsam, wie die, seine Sicht prägenden, verfahrensspezifischen Annahmen. Auf der Grundlage seiner verinnerlichten Theorien entwickelt er eigene Ideen, wie dem Patienten geholfen werden könnte. Es entsteht ein differenziertes Fallkonzept, das mit psychodynamischer Orientierung auch Hypothesen zur Störungsentwicklung und, daran anknüpfend, auch Entwürfe zu therapeutischen Veränderung enthält. Einige Einflüsse auf die Sicht des Therapeuten werden im nächsten Teil ausführlich dargestellt.

### **2.1 Kulturell bedingte Erwartungen an Psychotherapeuten – gesellschaftliche Konventionen und Implikationen**

Psychotherapeuten arbeiten mit ihren Patienten in einem bestimmten Kulturkreis. Jeder Kulturkreis ist geprägt von teils explizit formulierten, teils impliziten und nicht ausgesprochenen Konventionen in Form von Selbstverständlichkeiten. Diese Selbstverständlichkeiten bedürfen nicht zwangsläufig einer Explikation, denn für die meisten Menschen sind sie einfach selbstverständlich. Selbstverständliches bedarf prinzipiell keiner Begründung oder Legitimation. Selbstverständlichkeiten im Bereich der gesellschaftlichen Konventionen beinhalten Annahmen und Bedeutungen, Normen und Werte, Ordnungen und zugeschriebene Rollen. Gesellschaftliche Konventionen sind häufig mit bestimmten Erwartungen und Zuständigkeitszuschreibungen verbunden, die sich als Kultur beschreiben lassen. Mit Kultur, verstanden als Form gewordener Lebensvollzug, ist somit auch eine gewisse Universalität angesprochen, die über subjektive und individuelle Überzeugungen und Perspektiven hinausgeht. Ein Kulturkreis bezeichnet folglich ein gewisses Feld, welches durch bestimmte Charakteristika, abgegrenzt von anderen Feldern mit sich ähnelnden Vorstellungen des Lebensvollzuges in einer bestimmten Weise, besteht.

Dieser kleine theoretische Diskurs soll zunächst darauf aufmerksam machen, dass es bei der Frage nach Aufträgen in der Psychotherapie einen Bereich gibt, der über das Individuelle hinausgeht, ein kollektives Verständnis, welches mit bestimmten Erwartungen einhergeht. Dieser Bereich der kollektiven Erwartungen muss bei der Frage nach Aufträgen in der Therapie reflektiert und berücksichtigt werden. Ein Exkurs in hier möglichem Umfang kann dem Thema unmöglich vollständig gerecht werden. Allein über die Diskussion über die verschiedenen Kulturverständnisse ließe sich mehrbändig

berichten.<sup>3</sup> An dieser Stelle können lediglich einige für die Therapie bedeutsame Aspekte kulturspezifischer Aufträge angesprochen werden. Boessmann betont in diesem Zusammenhang die Bedeutung kollektiver Erwartungen an die Rolle des Arztes oder Psychotherapeuten, die in der geschichtlichen Tradition dieser Berufe in unserem Kulturkreis und seinen Werten und Ordnungen wurzeln. Diese sind teilweise im Sozialgesetzbuch, in der Reichsversicherungsordnung, den Verträgen zwischen den Krankenversicherungen und den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Psychotherapievereinbarungen, den Psychotherapie-Richtlinien, den Leistungskatalogen der Gebührenordnungen und bei Ärzten im Eid des Hippokrates enthalten und formuliert. (vgl. Boessmann, 2005, S. 65-66) Es wird beschrieben, unter welchen Umständen jemand in unserem Kulturkreis eine ärztliche bzw. psychotherapeutische Leistung in Anspruch nehmen kann und in welcher Weise bzw. zu welchem Zweck diese Leistung ausgeführt werden soll. Neben den expliziten Formulierungen sind jedoch auch nicht festgeschriebene Konventionen von Bedeutung.

Psychotherapie ereignet sich im Dunstkreis einer nur teilweise bewusst reflektierten Kultur. Was sich über die psychotherapeutische Kultur konkret festhalten und beschreiben lässt, hängt maßgeblich davon ab, wie weit man die Grenzen des zu beschreibenden Kulturraumes wählt. Eine Eingrenzung auf den gesamtdeutschen Kulturraum würde im Detail zu anderen Ergebnissen führen als bspw. die Auswahl einer ländlichen Region, wenn man die Vorstellungen und Erwartungen ihrer Bevölkerung von Psychotherapie untersuchen möchte. Entscheidend für die Therapie ist letztlich, welche Kultur und damit welche Konventionen vom Patienten, von seinen Eltern und vom Therapeuten im Einzelfall verinnerlicht wurden, die nun – bereits mit eigenen Sichtweisen verwoben – in bewusster und unbewusster Weise wirksam sind. Die eigenen verinnerlichteten Kulturen und die Selbstverständlichkeiten der Personen, die an einer Psychotherapie beteiligt sind, sollten reflektiert sein.

## **2.2 Psychotherapie als kassenfinanzierte Krankenbehandlung – Aufträge durch Gesetze und Krankenkassen**

Wird Psychotherapie als Kassenleistung bezahlt, gibt es damit verbundene Aufträge, die die Finanzierung rechtfertigen. Hinter den Krankenkassen steht ein gesellschaftlicher Auftrag, der in Form von gültigen Rechtsvorschriften zur Durchführung und Genehmigung einer Therapie als Kassenleistung berücksichtigt werden muss. Psychotherapie findet vor einem komplexen Hintergrund aus Gesetzen, Regelungen, Richtlinien und

---

<sup>3</sup> Zur weiterführenden Lektüre sei auf S. Freud (Kulturtheorie), C.G. Jung (kollektives Unbewusstes) und A. Adler (Individualpsychologie) hingewiesen.

Vorschriften statt (siehe Abschnitt 2.2). Der gesellschaftliche Auftrag zur Psychotherapie leitet sich einerseits aus dem Recht des Einzelnen auf angemessene Krankenbehandlung nach den gültigen Kenntnissen der aktuellen Behandlungstechnik ab (siehe §2 Leistungen SGB V). Andererseits ergibt sich eine gesellschaftliche Verantwortung für die Behandlung aus dem Recht auf gesellschaftliche Teilhabe und der im Einzelfall dafür zu beantwortenden Unterstützungsbedarfe. Rudolf formuliert, dass Psychotherapie Krankenbehandlung mit psychologischen Mitteln ist (vgl. Rudolf, 2005, S. 367). Diese müssen effizient angewendet werden und ökonomisch gerechtfertigt sein. Zu einem Auftrag verdichtet kann man formulieren, dass es aus Kassensicht um die Behandlung einer seelischen Krankheit und der damit einhergehenden seelischen und psychischen Symptome oder krankhaften Verhaltensweisen geht. Zur Kostenübernahme für Psychotherapie sind Krankenkassen in Deutschland seit 1967 verpflichtet (vgl. ebd., S. 369).

Für Psychotherapie als Kassenleistung ist die Beschreibbarkeit einer behandlungsbedürftigen seelischen Krankheit ein Zugangskriterium. Im Kommentar zu den Psychotherapie-Richtlinien Faber-Haarstrick ist dazu formuliert: „Seelische Krankheit wird als krankhafte Störung der Wahrnehmung, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen verstanden. Der Krankheitscharakter dieser Störungen kommt wesentlich darin zum Ausdruck, dass sie der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind.“ (Rüger, Dahm und Kallinke, 2005, S. 13) Ebenfalls wird formuliert, was nicht in den Leistungsbereich der kassenfinanzierten Psychotherapie fällt und nicht als seelische Krankheit aufzufassen ist. Konkret benannt sind z.B. Berufs-, Erziehungs- und Sexualprobleme, denen durch Beratung begegnet werden kann. Lebensprobleme und psychische Konflikte sind nicht automatisch auch seelische Krankheiten. Hier sind vor allem auch Beziehungsprobleme zwischen Erwachsenen zu nennen, die als Aspekte von Lebensläufen bezeichnet werden und nicht als seelische Krankheiten. Weiterhin wird gefordert, dass die seelische Krankheit im Rahmen eines umfassenden Theoriesystems der Krankheitsentstehung beschrieben wird. Damit ist die Notwendigkeit einer Krankheitslehre und eines damit verbundenen wissenschaftlich definierten Ortes gemeint, der eine Psychotherapie auch methodisch begründen kann. (vgl. ebd., S. 14-15) An dieser Stelle sei noch auf die ätiologische Orientierung der Psychotherapie-Richtlinien hingewiesen, was bedeutet, dass das Krankheitsgeschehen als ein ursächlich bestimmter Prozess zu verstehen sein muss (Richtlinien A3). Eine kurze Geschichte von Freud illustriert, was damit gemeint ist:

„Nehmen Sie an, ich ginge in dunkler Nachtstunde an einem einsamen Orte, würde dort von einem Strolch überfallen, der mir Uhr und Börse wegnimmt,

und trüge dann, weil ich das Gesicht des Räubers nicht deutlich gesehen habe, meine Klage auf der nächsten Polizeistation mit den Worten vor: Einsamkeit und Dunkelheit haben mich soeben meiner Kostbarkeiten beraubt. Der Polizeikommissär kann mir darauf sagen: Sie scheinen da mit Unrecht einer extrem mechanistischen Auffassung zu huldigen. Stellen wir den Sachverhalt lieber so dar: Unter dem Schutz der Dunkelheit, von der Einsamkeit begünstigt, hat Ihnen ein unbekannter Räuber ihre Wertsachen entrissen. Die wesentliche Aufgabe an Ihrem Falle scheint mir zu sein, dass wir den Räuber ausfindig machen. Vielleicht können wir ihm dann den Raub wieder abnehmen.“ (zit. n. ebd., 2005, S. 16)

In der Geschichte unterscheidet Freud zwischen den den Überfall erleichternden Bedingungen und der kausal wirksamen Person des Räubers als Urheber. Damit wird betont, dass der Therapeut die Aufgabe hat, den psychodynamisch wirksamen Konflikt zu erkennen und zu beschreiben und damit die Urheber der gegenwärtig bestehenden Krankheit zu benennen. (vgl. ebd., S. 16)

Im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie gilt zudem das Wirtschaftlichkeitsgebot, d.h. dass eine Behandlung und die darin enthaltenen Leistungen notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen (vgl. §12 SGB V). Hier geht es vorrangig um die Art des angewandten Verfahrens und den Umfang der psychotherapeutischen Leistungen (Stundenkontingent). Die gewährten Leistungen müssen ausreichend sein, um einen hinreichenden Behandlungserfolg zu sichern (vgl. § 70 SGB V). Aus den Psychotherapie-Richtlinien ließe sich demzufolge der Auftrag an den Therapeuten ableiten, im Rahmen seines Faches zu klären, ob sich das Problem eines Patienten als seelische Krankheit beschreiben und im Rahmen der anerkannten wissenschaftlichen Theorie behandeln lässt. Diese Klärung muss bereits im Rahmen der probatorischen Sitzungen stattfinden.

### **2.3 Implikationen psychodynamischer Psychotherapie**

Welche Absichten verfolgt die psychodynamische Psychotherapie allgemein gesagt und unabhängig von den einzelnen Verfahren und der individuellen Ausrichtung auf einen Patienten? Welche Prinzipien können als gesetzt formuliert werden, und welche Grundannahmen bilden den Hintergrund eines psychodynamischen Verständnisses? Auf der Suche nach Antworten eröffnet sich das gesamte Feld psychodynamischer Theorien und Verfahren und ihrer mannigfachen Facetten. Beinahe alles, was als psychoanalytisch begründete Behandlungstechnik verstanden wird, müsste hier in den Blick genommen

werden. Es scheint sinnvoll, einen engeren Fokus zu bestimmen. Die Frage nach Implikationen psychodynamischer Psychotherapie zielt darauf ab, die in der psychodynamischen Theorie immanent enthaltenen Ansichten zum Thema Aufträge zu erörtern. Eine Schwierigkeit besteht nun aber darin, dass es „die psychodynamische Therapie“ nicht gibt. Auf der Suche nach Aussagen, die eine gemeinsame Schnittmenge bilden, geht es folglich um verallgemeinerbare Aspekte der unterschiedlichen, als psychodynamisch geltenden, Therapieverfahren.

Burchartz stellt diesen gemeinsamen Hintergrund in Form von Grundannahmen psychoanalytischer Theorie und Praxis kompakt und fundiert dar<sup>4</sup>. Als die Wichtigsten nennt er zusammenfassend:

- „die Psychologie des Unbewussten,
- die psychoanalytische Entwicklungspsychologie,
- die Neurosenlehre,
- die Konfliktdynamik und die Objektbeziehungen,
- Übertragung und Gegenübertragung,
- Abwehr und Widerstand,
- Regression und Progression,
- Heilung durch Einsicht und Bedeutungsgebung im Rahmen einer therapeutischen Beziehung,
- Abstinenzgebot.“ (Burchartz, 2012, S. 37)

Eine zentrale Bedeutung, die hier hervorgehoben werden soll, kommt der therapeutischen Beziehungsgestaltung zu. Psychoanalytische Verfahren verfolgen laut Burchartz von Beginn an den Anspruch, durch wachsende Einsicht des Patienten in seine Innenwelt und ihre dynamischen Vorgänge, abgewehrte Inhalte ins Ich zu integrieren und somit die Symptombildung überflüssig zu machen. Freud formulierte dieses Anliegen mit dem Satz „Wo Es war, soll Ich werden.“ (Freud, 1933a, S. 86). Dieses Vorhaben stößt auf das Problem des Widerstandes. Eine wichtige Funktion der neurotischen Symptombildung ist es, bestimmte Inhalte und Einsichten vom Bewusstsein fern zu halten und diese abzuwehren, weil dadurch aufkommende Angst gebunden werden kann. Je tiefer die Einsicht in bisher abgewehrte Inhalte wird, umso stärker wird sich Angst bemerkbar machen, welche wiederum abgewehrt wird. Dies kann z.B. geschehen, indem die Übertragung intensiver wird, weil die eigentliche Absicht eine direkte Wunscherfüllung ist und nicht die psychische Verarbeitung eines inneren Konfliktes und seine Integration.

---

<sup>4</sup> siehe Burchartz, 2012, S.23-37

Ferenczi hat jedoch darauf hingewiesen, dass ohne zunächst bedrohlich wirkende Einsichten das wesentliche Konfliktmaterial meist gar nicht in die therapeutische Beziehung kommt. (vgl. Burchartz, 2012, S.34) Eine andere Möglichkeit, auftretende Angst abzuwehren, ist die Isolierung des Affektes vom eigentlichen Konflikt. Dadurch wird eine theoretische Einsicht möglich, die jedoch keine Veränderung bewirkt. Im therapeutischen Sinn muss die Einsicht folglich immer mit der dazugehörigen emotionalen Erfahrung verbunden sein, was nur in einer Beziehung möglich ist, die Ängste aufnehmen, aushalten und verstehen kann, um diese Ich-verträglich zu verarbeiten. Das „Containing“ des Therapeuten, ausführlich von Bion dargestellt, ist in diesem Zusammenhang von herausragender Bedeutung. In der Psychotherapie mit psychodynamischem Grundverständnis geht es um die Integration zuvor abgewehrter, abgespaltener und unverstandener Inhalte in einen Sinnzusammenhang und in die eigene Persönlichkeit. Die Integrationsleistung besteht auch darin, dem inneren Geschehen Sinn und Bedeutung abzugewinnen und den Sinn neu zu entdecken. Abwehrvorgänge und Symptombildung haben eigentlich die Funktion, das psychische Überleben zu sichern, können aber als Einschränkungen und Hindernis erlebt werden. Wenn diese Schutzfunktion im Schutze der therapeutischen Beziehung kurzzeitig aufgegeben werden kann, können an die Stelle der bisher praktizierten Abwehr flexiblere, reifere und freiere Bewältigungsmöglichkeiten treten. Fragmentierungen der Psyche können aufgehoben werden und ein Gefühl von Kohärenz des Selbst kann sich entwickeln. (vgl. ebd., S. 34-35)

Das therapeutische Vorgehen wird zudem von der diagnostischen Einschätzung der psychischen Struktur des Patienten beeinflusst. Der gewählte Fokus – entweder ein konfliktbezogener Fokus, wie ihn Burchartz beschreibt, oder ein strukturbezogener Fokus, ausführlich von Rudolf beschrieben – beeinflusst grundsätzlich das therapeutische Vorgehen. Das betrifft vor allem das gewählte therapeutische Setting, die therapeutische Haltung, die Hierarchisierung der ausgewählten Foki, den Umgang mit dysfunktionalen Beziehungsbereitschaften und die Auswahl therapeutischer Techniken (vgl. OPD-2, S. 335).

Vor dem Hintergrund der zuvor aufgelisteten theoretischen Grundannahmen wird deutlich, dass die bewussten und unbewussten Erwartungen und Aufträge eines Patienten auf ein nicht unvoreingenommenes Gegenüber in Form des Psychotherapeuten treffen. Dieser stellt die Frage nach Wünschen und Erwartungen für die Therapie immer vor dem Hintergrund seines theoretischen Wissens, was generelle Ziele in der Psychotherapie angeht. Auf der Seite des Therapeuten existieren also theoretische Annahmen, die die Grundlage seiner Fallkonzeptualisierung bilden.

## 2.4 Entwicklung einer Behandlungsidee durch den Therapeuten

### 2.4.1 Indikationsstellung mit Hilfe der OPD-KJ<sup>5</sup>

Das vom lateinischen *indicare* (= anzeigen) abgeleitete Wort bedeutet so viel wie „es ist angezeigt“. Obwohl er kein zwingend medizinischer Terminus ist, wird er doch hauptsächlich in diesem Kontext verwendet. Es wird immer dann von Indikation gesprochen, wenn ein bestimmtes vorliegendes Krankheitsbild eine notwendige medizinische Behandlungsmaßnahme nach sich zieht. In dieser Logik werden weitere beeinflussende Faktoren zunächst nicht zwingend berücksichtigt. Für die Indikationsstellung sind zwei Aspekte besonders bedeutsam: zum einen, ob überhaupt bei dem vorgebrachten Anliegen des Patienten eine Psychotherapie indiziert ist. Diese grundsätzliche Entscheidung lässt sich nur treffen, wenn auch der zweiten Frage nachgegangen wurde in welcher Art und Weise eine Behandlung durchzuführen ist. Welches bestimmte Behandlungsverfahren ist aus fachlicher Sicht das geeignete, um die, im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien als seelische Krankheit zu bezeichnende, Problematik zu heilen bzw. zu lindern? Dabei sind die Behandlungsvoraussetzungen von entscheidender Bedeutung. Zur Beantwortung der Frage, ob und in welcher Weise aus Therapeutensicht eine Indikation für Psychotherapie gestellt werden kann, sollten nachvollziehbare Kriterien als Bewertungsmaßstab dienen. Vermutlich wird der sogar überwiegende Teil einer Entscheidung des Therapeuten zur Behandlung eines bestimmten Patienten aufgrund der eigenen therapeutischen und persönlichen Erfahrungen und des sich einstellenden „Bauchgefühls“ bzw. der Intuition, die mit hauptsächlich unbewussten Anteilen durchsetzt sind, getroffen. Burchartz schreibt dazu, dass die Indikationsfrage nicht allein durch objektiv zu erhebende Kriterien zu beantworten ist, sondern vielmehr das Ergebnis eines unbewussten Aushandlungsprozesses zwischen Patient und Therapeut darstellt (vgl. Burchartz, 2012, S. 99). An dieser Stelle soll es jedoch ausschließlich um die Perspektive des Therapeuten gehen und die Frage, wie er zu seiner Einschätzung der Situation kommt. In diesem Punkt scheint es erstrebenswert, sich auch um objektivierbare Diagnosekategorien und Bewertungskriterien zu bemühen, die im fachlichen Diskurs nachvollziehbar gemacht werden können. Diese können z.B. dem diagnostischen Manual der OPD-KJ entnommen und angewandt werden.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> OPD-KJ (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter)

<sup>6</sup> Die OPD-KJ liegt mittlerweile in einer überarbeiteten Fassung als OPD-KJ 2 vor. Die hier verwendeten Inhalte wurden jedoch nicht grundlegend verändert.

Für die Beurteilung der patientenspezifischen Behandlungsindikation stellt die OPD-KJ die Achse der Behandlungsvoraussetzungen zur Verfügung. Eine Besonderheit der aufgelisteten diagnostischen Kriterien besteht darin, dass sie eine Verbindung psychodynamischer Operationalisierung mit normativen Dimensionen darstellt. Das bedeutet, dass sowohl subjektive Einschätzungen des Patienten als auch fremdeingeschätzte Dimensionen berücksichtigt wurden. Dies entspricht der Überzeugung, dass sich psychodynamische Diagnostik explizit mit der Subjektivität der kindlichen Psyche bzw. dem Erleben des Jugendlichen beschäftigen muss und versuchen sollte, diese mit objektiv einzuschätzenden Dimensionen zu verbinden. (vgl. OPD-KJ, 2012, S. 131)

Die diagnostischen Kriterien im Bereich der Behandlungsvoraussetzungen werden in drei Bereiche untergliedert und umfassen folgende Punkte:

#### „Subjektive Dimensionen

- Subjektiver Schweregrad der somatischen Beeinträchtigung
- Subjektiver Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung
- Subjektive Krankheitshypothesen
- Leidensdruck
- Veränderungsmotivation

#### Ressourcen

- Beziehungen zu Gleichaltrigen
- Ausserfamiliare<sup>7</sup> Unterstützung
- Familiäre Ressourcen
- Intrapsychische Ressourcen

#### Spezifische Therapievoraussetzungen

- Einsicht in bio-psycho-soziale Zusammenhänge
- Spezifische Behandlungsmotivation
- Krankheitsgewinn
- Therapie- und Arbeitsbündnisfähigkeit“ (OPD-KJ, 2012, S. 132-133)

Die diagnostischen Ergebnisse in den einzelnen Dimensionen Beziehung, Konflikt und Struktur sind neben den in diesem Zusammenhang besonders wichtigen Behandlungsvoraussetzungen ebenfalls für die Indikationsstellung von Bedeutung. Die Berücksichtigung der Kategorien der OPD-KJ kann dem Therapeuten, unter der Voraussetzung der

---

<sup>7</sup> [sic]



hinreichenden Vertrautheit mit dem theoriegeleiteten diagnostischen Modell, eine gute Basis zur nachvollziehbaren Indikationsstellung einer Psychotherapie liefern.

In diesem Zusammenhang muss jedoch noch eine wichtige Unterscheidung angesprochen werden. Die Beantwortung der Indikationsfrage bezieht sich auf zwei Bereiche: den patientenspezifischen und den therapeutenpezifischen (vgl. Burchartz 2012, S. 99). In der OPD-KJ wird sich ausschließlich mit dem Patientenspezifischen beschäftigt. Das Manual verfolgt das Ziel, diagnostische Kriterien zu beschreiben und somit auch mitteilbar zu machen (vgl. OPD-KJ, 2012, S. 29). Die OPD-KJ bezieht sich in den Kategorien konsequent auf die Beschreibung und Einschätzung des Patienten und seinen für die Indikationsstellung bedeutsamen Behandlungsvoraussetzungen. In der Praxis müssen hingegen auch die Voraussetzungen zur Behandlung eines bestimmten Patienten auf Seiten des Therapeuten angemessen „diagnostiziert“ und reflektiert werden. Psychodynamische Diagnostik bedeutet immer auch Beziehungsdiagnostik, und diese entsteht zwischen zwei Subjekten mit, bis zum Moment der ersten Begegnung, prinzipiell voneinander unabhängigen Innenleben und individuellen Voraussetzungen. Eine Behandlung findet nicht von einem, auf eine bestimmte Behandlungstechnik programmierten, Automaten statt, sondern von einem denkenden, fühlenden und wollenden Menschen, der sich nicht vor den Behandlungsstunden in einen reinen und absichtslosen Therapeuten verwandelt. Dieser Aspekt scheint insbesondere für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von Bedeutung zu sein, da die therapeutische Beziehung stärker als bei Erwachsenenbehandlungen von einer Realbeziehung zum Patienten geprägt ist. Erfahrungen innerhalb dieser Konstellation, besonders korrigierende emotionale Erfahrungen, resultieren vor allem aus dem Kontakt mit der Realperson des Therapeuten und nicht nur mit dem Übertragungsobjekt. Es sollte also auch darum gehen, wie es dem Therapeuten mit dem Patienten und seiner Familie geht und ob sich eine gewisse Sympathie entwickeln lässt. Ferenczi veröffentlichte bereits 1932 zum Thema „Ohne Sympathie keine Heilung“<sup>8</sup>. In diesem Zusammenhang ist zu bemerken, dass die eigene Übertragung des Therapeuten auf den Patienten und seine Familie eine wichtige Rolle spielt. Hat er ausreichend innere Kapazität, sich mit den Themen und Problemen des Patienten, der zu erwartenden Dynamik in der therapeutischen Beziehung auseinanderzusetzen und sie zu verdauen? Wie steht es um die eigene psychische Integrität und Stabilität mit Blick auf die Themen und Konflikte des Patienten, und inwieweit kann er eigene Ängste ausreichend bewältigen? (vgl. Burchartz, 2012, S. 99) An dieser Stelle sind Therapeuten meist auf sich allein gestellt und müssen nach ihren eigenen Kriterien eine Einschätzung ihrer Situation treffen. Da sich unbewusst abgewehrte eigene Anteile und

---

<sup>8</sup> Sándor Ferenczi: Ohne Sympathie keine Heilung - Das klinische Tagebuch von 1932

Konflikte als blinde Flecken kaum selbst identifizieren lassen, empfiehlt sich trotz einer fundierten Lehranalyse und Selbsterfahrung die Reflektion in der externen Supervision oder in einer kollegialen Intervisionsgruppe.

#### **2.4.2 Prognose**

Auf der Grundlage einer sorgfältigen Prüfung der Indikation lässt sich die Prognose einer psychotherapeutischen Behandlung ableiten. Eigentlich sind die Themen Indikation und Prognose eng miteinander verschränkte Bereiche, leitet sich doch auch aus der Erhebung prognostischer Daten eine sorgfältige Indikation ab. Bei prognostischen Überlegungen, im Rahmen einer richtlinienkonformen Psychotherapie, geht es um eine Einschätzung der Therapierbarkeit einer seelischen Krankheit. Welche Kriterien sollten als prognostisch valente Faktoren das Urteil des Therapeuten beeinflussen? Burchartz schlägt für die psychodynamische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen vor, sich ebenfalls an den Kriterien der OPD-KJ zum Thema Behandlungsvoraussetzungen zu orientieren. Er unterscheidet zwischen inneren und äußeren Behandlungsvoraussetzungen, die qualitativ und quantitativ erfragt werden sollten:

„Zur Erhebung der inneren Behandlungsvoraussetzungen gehört

- das subjektive Krankheitserleben,
- die Einschätzung der Beeinträchtigung und ihrer Ursachen,
- das Ausmaß des Leidensdrucks,
- die Veränderungsmotivation,
- die spezifische Behandlungsmotivation,
- die Rolle des sekundären Krankheitsgewinns für den Patienten und sein Familiensystem.

Zur Erhebung der äußeren Behandlungsvoraussetzungen gehört die Einschätzung der Faktoren, die den Rahmen der Psychotherapie sicherstellen.“ (ebd., S. 91-92)

Da die Erhebung relevanter Daten sowohl in der OPD-KJ als auch bei Burchartz ausführlich beschrieben wird und mit Beispielen und theoretischem Hintergrund zum Verständnis versehen ist, kann hier, mit dem Verweis darauf, auf eine detaillierte Darstellung verzichtet werden.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Wie bereits im Abschnitt zur Indikationsstellung sei jedoch erwähnt, dass die Anwendung der OPD-KJ einiges an Übung und Einarbeitung in die Systematik erfordert.

### **2.4.3 Fokusformulierung**

Die Diskussion um die Fokusformulierung hat in der Geschichte der Psychotherapie eine lange Tradition. Viele namhafte Vertreter der therapeutischen Zunft haben sich in der Vergangenheit damit beschäftigt, geforscht und dazu veröffentlicht. Im deutschsprachigen Raum gehören dazu u.a. Klüwer, Vogt, Leutzing-Bohleber, Thomä und Kächele, Streeck, Lachauer, Hentschel und Kämmerer, Horsetzky sowie Nilsson (vgl. Boessmann, 2008, S. 14). In vielen Standardwerken zur Psychotherapie ist der Fokusbildung ein Kapitel oder Abschnitt gewidmet. Das Spektrum der vertretenen Sichtweisen und Überzeugungen ist dabei durchaus vielfältig und lässt keinen umfassenderen Konsens zur Fokusformulierung erkennen. In der Literatur ist generell ein deutlicher Trend zum fokussierten Arbeiten in der Psychotherapie, unabhängig vom genau angewandten Verfahren auffällig. Burchartz formuliert, dass zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie die Erarbeitung eines Fokus gehört und als zentrales Hilfsmittel unverzichtbar ist (vgl. Burchartz, 2012, S. 92).

Im Folgenden wird eine Möglichkeit der Fokusbildung und -formulierung dargestellt. Zunächst soll jedoch deutlich werden, wofür ein beschriebener Fokus generell sinnvoll sein kann. Der Fokus dient als Leitlinie in der Therapie und beschreibt auf den Punkt gebracht, worum es im Kern der Behandlung geht. Eine Fokusformulierung kann dem Therapeuten bei der Auswahl der Aspekte, die sich im Feld der therapeutischen Beziehung abbilden und die er aufgreifen möchte, behilflich sein, ebenso natürlich bei der Auswahl dessen, was er bewusst nicht vertiefen möchte und was in der therapeutischen Situation zunächst ignoriert wird. Laut Burchartz geschieht diese Auswahl meist vorbewusst oder aufgrund von Intuition. Der Therapeut darf sich sicher sein, dass die unbewusste Problematik des Patienten im Wesentlichen wiederholt in der Therapie auftauchen und im Sinne des Wiederholungszwanges auf sich aufmerksam machen wird (vgl. Lachauer 2004, S. 34). Ein Fokus kann dem Therapeuten helfen, seine Aufmerksamkeit im Prozess zu strukturieren und bei der vertieften Exploration des Patienten den eigenen roten Faden nicht zu verlieren. Er hilft, das hervorgebrachte Material zu ordnen. Er kann teilweise gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet werden, indem mit der erste Teil des Fokalsatzes maßgeblich vom Patienten formuliert wird. Somit erfüllt ein miteinander geteilter Behandlungsfokus auch die Funktion, sich über die Inhalte und Ziele der Zusammenarbeit zu einigen und festzulegen.

Im Sinne des psychodynamischen Grundverständnisses und des Prozesscharakters therapeutischer Arbeit kann und sollte ein Fokus im Laufe der Therapie jedoch in angemessenen Abständen überprüft und aktualisiert werden. Es besteht die Gefahr, dass

durch eine zu strenge Orientierung am benannten Behandlungsfokus die Entfaltung des Patienten und seines psychischen Materials behindert wird. Eine einseitige Fokusorientierung kann für den wichtigen Prozess des sich Erforschens auch einschränkend oder hinderlich sein. Klüwer ging der Frage nach, ob sich durch eine zu strenge Orientierung am Behandlungsfokus, die psychoanalytische Haltung nicht zu weit von der gleichschwebenden Aufmerksamkeit entfernt. Der Patient wird u.U. im Erkenntniszuwachs gehindert, wenn sich der Therapeut zu rigide am Fokus orientiert. Andererseits ist jede analytische Situation von der Spannung zwischen gleichschwebender Aufmerksamkeit und dem entstehenden Bild im Kopf des Behandlers, das im Laufe der Therapie entsteht, geprägt. Der Therapeut muss in der Lage sein, sein entstandenes Bild und seine Theorien in den Hintergrund treten zu lassen und den Blick für das Neue zu öffnen, was in der analytischen Situation entsteht. Erst danach kann das Neue der analytischen Situation verknüpft werden mit dem, was als Bild bereits vorhanden ist, wodurch sich wiederum etwas Neues ergibt. Generell kann der Fokus in Äußerungen, in kreativer Gestaltung und im Spiel wiedergefunden werden. (vgl. Burchartz, 2012, S. 93-97)

„Jede Stunde stellen wir uns neu auf den Patienten ein und versuchen erst dann, die neue Konkretisierung des Fokus zu erkennen. Denn zu Stundenbeginn können wir noch nicht wissen, wie, also in welcher Gestalt, sich heute der Fokus einstellen wird.“ (Klüwer, 2004, S. 27)

Klüwer fordert, der Therapeut solle den Fokus im Material der neuen Stunde wiederfinden, statt das neue Material mit dem bekannten Fokus zu erklären zu versuchen (vgl. ebd., S. 26). Eine Fokusformulierung besteht aus zwei Teilen. Sie verknüpft den bewusstseinsnahen Konflikt mit dem psychodynamischen Hintergrund – so, dass sie für den Patienten verstehbar wird. Neben einer ganz auf den Patienten zugeschnittenen, individuellen Diagnose enthält eine Fokusformulierung also bereits implizit Annahmen zur Psychodynamik. (vgl. ebd., S. 26) Die Satzstruktur ist an Lachauer angelehnt, der vorschlägt, den ersten Teilsatz mit Ich... (aktuelles Hauptproblem) zu beginnen und mit dem zweiten Teilsatz durch weil... (psychodynamischer Hintergrund) zu verbinden. Durch die Ich-Form am Anfang kann das Erleben des Patienten aufgegriffen, in seiner Sprache nah am eigenen Erleben orientiert und so, dass er sich damit identifizieren kann, formuliert werden. Im ersten Teil des Satzes befindet sich die Benennung oder Beschreibung eines Symptoms, der zweite Teil besteht aus einer psychodynamischen Hypothese über die unbewussten Hintergründe des Symptoms. Dabei kann es durchaus schwierig sein, sich auf ein konkretes Symptom zu beschränken, weil es mehrere Symptome gibt. Oder aber die psychodynamische Hypothese eines Konfliktes lässt sich nicht

eindeutig formulieren. (vgl. Burchartz, 2012, S. 94) Lachauer hat dieses Problem insofern gelöst, als er statt vom Symptom vom Hauptproblem des Patienten spricht. „Der Fokus, wie ich ihn verstehe und benutze, stellt eine Verbindung dar zwischen einem aktuellen Hauptproblem und einer Aussage über dessen unbewusste Hintergründe“ (Lachauer, 2004, S. 23). Er betont auch die integrative Funktion eines Fokus, in der es um die Verbindung zwischen dem Offensein für eine chaotische Vielfalt und dem Strukturieren geht. Das Chaos soll nicht abgewehrt, sondern im Feld der therapeutischen Beziehung integriert werden. (vgl. ebd., S. 27)

Da die Fokusformulierung eine Arbeitshypothese für den Therapeuten darstellt, wird zunächst nur der erste Teil gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet. Wenn ein Patient zu Beginn einer Psychotherapie bei der Formulierung direkt beteiligt werden soll, dürfte es schwierig werden, ihn bereits mit Vorschlägen zu den unbewussten Hintergründen seiner Problematik zu konfrontieren. Fokalsätze können sowohl für die konfliktbezogene, als auch für die strukturbezogene Psychotherapie entwickelt werden. Für die Arbeit mit strukturellem Fokus würde als Problem im ersten Teil des Satzes die unintegrierte Struktur aufgenommen werden (vgl. Burchartz, 2012, S. 95). Zur Verdeutlichung folgen einige Beispiele von Fokalsätzen, die auf vier unterschiedlichen Ebenen formuliert wurden:

1. die Ebene des zentralen Konflikts,

*Beispiel eines 8-jährigen Mädchens: Ich muss Baby sein, weil ich sonst fürchte, unverorgt zu bleiben.*

2. die Ebene diffuser Probleme,

*Beispiel einer 16-jährigen Jugendlichen: Ich brauche konkrete Tipps, weil ich mich sonst meiner Hilflosigkeit und Wut völlig ausgeliefert fühle.*

3. die Ebene der therapeutischen Beziehung,

*Beispiel eines 13-jährigen Jungen: Ich muss die Therapie ablehnen, weil ich meinen Eltern nur so zeigen kann, dass ich einen eigenen Willen habe.*

4. die Ebene psychosomatischer Symptome,

*Beispiel eines 12-jährigen Jungen: Ich halte daran fest, dass mein Kopfweg nichts mit den Beziehungen in meiner Familie zu tun hat, weil ich meine kranke Mutter vor meiner Wut schützen muss. (vgl. ebd., S. 96)*

Aus einem Fokalsatz lässt sich ein implizit enthaltener Auftrag für den Therapeuten ableiten. Für die Arbeit mit einem Konfliktfokus ließe sich formulieren, dass der Therapeut die Gültigkeit seiner psychodynamischen Hypothese gemeinsam mit dem Patienten

überprüfen und bei der Entdeckung anderer Bewältigungsmöglichkeiten als der neurotischen Kompromissbildung, in Form des als störend empfundenen Problems bzw. der Symptomatik, behilflich sein soll. Wird mit strukturellem Fokus gearbeitet, ist die konkrete Formulierung eines Fokalsatzes etwas schwieriger und inhaltlich abstrakter. Ein impliziter enthaltener Auftrag könnte dann z.B. sein: Hilf mir dabei, die für mich nicht zu integrierenden Erlebnisinhalte zu differenzieren, zu ordnen und so zu verarbeiten, dass ich die Erfahrung machen kann, sie aushalten zu können.

### **3 Eltern-Perspektive der Auftragsklärung**

In der Therapie mit Kindern und Jugendlichen wird oft auch vom doppelten Arbeitsbündnis gesprochen, welches mit den Patienten und den Eltern erarbeitet werden muss (vgl. Seiffge-Krenke, 2007, S. 303). Welche Besonderheiten sind aus Sicht der Eltern im Zusammenhang der Auftragsklärung zu beachten und was kann als charakteristisch für ihre Anliegen gelten?

#### **3.1 Das Anliegen der Eltern – Veränderungsmotivation und Leidensdruck**

Häufig wenden sich Eltern an einen Therapeuten, weil sie in einem Problem, das ihr Kind betrifft, nicht weiter wissen. Sie erhoffen sich vom Therapeuten Unterstützung dabei, das Problem oder die Symptomatik ihres Kindes zu beseitigen, zu heilen oder zu lindern. In dieser Beschreibung werden bereits zwei, für die Situation vieler Eltern wesentliche Aspekte deutlich: Zum einen hat ihr Kind ein Problem, vielleicht sogar mehrere, komplex miteinander verwobene Probleme oder Auffälligkeiten, die es offensichtlich nicht allein bewältigen kann. Es scheint überfordert und leidet vielleicht sogar unter der Situation. Hinzu kommt, dass es häufig den Eltern selbst mit dem Verhalten ihres Kindes nicht gut geht. Zum anderen fühlen sich die Eltern verantwortlich dafür, für das Wohlergehen ihres Kindes zu sorgen und bei der Bewältigung von Problemen zu helfen. Sie haben eine Vorstellung davon, was es bedeutet, wenn es ihrem Kind gut geht, und woran sie erkennen, dass sie sich sorgen müssen. Gelingt dies in einer schwierigen Situation nicht mehr oder spitzt sich die problematische Situation des Kindes zu, kann es passieren, dass sich Eltern für diese Aufgabe Unterstützung suchen. Damit sind zwei wichtige Perspektiven angesprochen: die problematische Situation des Kindes und die ratlose Situation der Eltern. Eltern kommen dann mit unterschiedlichen und teils stark ambivalenten Gefühlen zum Therapeuten. Vor allem das Gefühl, als Mutter oder Vater versagt zu haben, nicht gut genug gewesen zu sein für das eigene Kind und ihm nicht helfen zu können, geht mit starken Schuldgefühlen einher, von denen sich Eltern Entlastung wünschen. Burchartz schreibt, dass es immer ein Angriff auf das elterliche Selbst sei, wenn ein Kind nicht so ist, wie es dem eigenen Bild entspricht (vgl. Burchartz, 2012, S. 135). Diese Einsicht macht klar, dass die Eltern mit eigenen Anliegen und Leidensdruck an der Therapie der zu behandelnden Kinder oder Jugendlichen beteiligt sind, auch wenn dieses Hilfesuch selten explizit so formuliert wird. Oft wird die Problematik des Kindes oder deren Folgen direkt im sozialen Umfeld sichtbar, sie fällt Außenstehenden z.B. im Kindergarten oder der Schule negativ auf. In diesem Fall können zu den Schuldgefühlen der Eltern noch erhebliche Schamgefühle hinzukommen (vgl. ebd., S. 135). Außerdem sind Eltern in der Therapie ihrer Kinder insofern auf sich zurückgeworfen, als sie in den

Einzelstunden nicht dabei sind und ihrer Phantasie überlassen bleiben muss, was in der Behandlung und Beziehung zwischen Therapeut und Kind genau passiert. Welche Erfahrungen und Einsichten in die Situation des Patienten und in seine familiären Zusammenhänge wird der Therapeut mit seinem für die Eltern schwer einschätzbaren Spezialwissen in dem Kind zu Tage fördern und was wird das bewirken? Eltern müssen ertragen, dass ihr Kind mit jemand Anderem als der Mutter oder dem Vater eine bedeutsame Beziehung und Bindung eingeht, was durchaus als bedrohlich erlebt werden oder auch Neid und Rivalitätsgefühle in den Eltern auslösen kann. (vgl. ebd., S. 136)

Die Trennung der Kinder von den Eltern in der Therapie kann auch als Interaktionsprozess verstanden werden, bei dem entstehende Konflikte beide Generationen umfassen. Wird im Behandlungskonzept die Ablösung des Jugendlichen von seinen Eltern unterstützt und die Übertragung als wesentliches Vehikel genutzt, sind die Eltern vor die Aufgabe gestellt, ihre Beziehung zu ihrem Kind und zueinander neu zu definieren. Der Einbezug der Familie in die Therapie, besonders bei Kindern und prinzipiell auch bei Jugendlichen ist deshalb ein notwendiges Muss. Die Eltern müssen in der begleitenden Elternarbeit in ihren Elternfunktionen für diesen Ablösungsprozess stabilisiert werden. (vgl. Seiffge-Krenke, 2007, S. 290)

In jedem Fall ist davon auszugehen, dass die Einstellung der Eltern zu Therapie und Therapeut von starker Ambivalenz geprägt ist. Diese kommt nicht zuletzt auch darin zum Ausdruck, dass Eltern sich häufig eine möglichst schnelle Heilung oder zumindest Besserung der Symptome ihres Kindes wünschen, gleichzeitig aber aktiven Veränderungen gegenüber, in den Beziehungen zueinander, zurückhaltend eingestellt sind. Der Therapeut soll nach Möglichkeit alles wieder in Ordnung bringen und zugleich alles belassen, wie es ist. Damit ist auch das Spannungsfeld der Veränderungsmotivation der Eltern benannt: einerseits die Einsicht, dass etwas anders werden muss, andererseits aber auch die Angst vor Veränderungen und vor Neuem und Unbekanntem, stets verbunden mit der Abwehr unbewusster Spannungen und Konflikte und der Vermeidung von Unlust.

### **3.2 Überweisungskontext – externe Aufträge durch Kindergarten, Schule, Ausbildungsstelle etc.**

Neben den Eltern, Patienten und Krankenkassen als Auftraggeber gibt es häufig einen Überweisungskontext, der ebenfalls eigene Motive, Anliegen und damit verbundene Aufträge für die Therapie forciert. Das können z.B. der Kindergarten, die Schule, die Ausbildungsstelle oder der Arbeitgeber sein. Häufig stoßen Kinder und Jugendliche besonders in solchen sozialen Kontexten an Grenzen, die auf eine psychische Problematik hinweisen. Bei Bildungseinrichtungen bzw. beim Arbeitsplatz handelt es sich immer auch um



Orte, an denen eine gewisse Leistungsbereitschaft und Einsatzfähigkeit gefordert ist. Abweichungen von einer als normal eingeordneten Entwicklung werden häufig im Kindergarten, in der Schule oder der Ausbildung besonders deutlich von Externen wahrgenommen und rückgemeldet. Oft gehen in diesem Zusammenhang viele Bemühungen zur Unterstützung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen voraus, die nicht den gewünschten Erfolg brachten. Erzieher, Lehrer oder Ausbilder erleben selbst Grenzen ihres Wirkungsbereiches, ohne zufriedenstellende Ergebnisse bei und mit den ihnen anvertrauten Kindern und Jugendlichen zu erzielen. Soziale Auffälligkeiten, unzureichende Impulskontrolle und anhaltende Stimmungsveränderung sind häufige Anzeichen im Bereich psychischer Belastungen und Störungen von Kindern und Jugendlichen, mit denen sich Erzieher, Lehrer und Ausbilder direkt auseinandersetzen müssen. Aus ihrer Perspektive ergeben sich individuelle Erwartungen an die Wirkungen einer Psychotherapie. Als generelle Aufträge der übergeordneten Instanz, z.B. der Institution Schule, kann angenommen werden, dass sich die Kinder oder Jugendlichen in dem vorgegebenen Rahmen angemessen verhalten sollen, dass sie sich in das soziale Gefüge einordnen können und fähig sind, sich gestaltend und konstruktiv zu beteiligen.

### **3.3 Der Hintergrund der Eltern – Erwartungen an sich und die Kinder bzw. Jugendlichen und die Bedeutung eigener Konflikte**

Einige Aspekte der Situation von Eltern wurden bereits in Abschnitt 3.1 beschrieben. Neben den bewussten inneren Vorstellungen einer Ideal-Elternschaft dürften es vor allem die unbewussten Erwartungen der Eltern sein, die wesentliche Bedeutung für die Eltern und ihre Kinder haben. Seiffge-Krenke formuliert dazu: „Eltern projizieren und delegieren Selbstaspekte an ihre Kinder und benutzen diese häufig zur Stabilisierung ihres psychischen Haushalts und ihrer Paarbeziehung. Diese Verknüpfung aufzudecken, ist eine *conditio sine qua non* in der analytischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.“ (Seiffge-Krenke, 2007, S. 291) Spätestens seit der ausführlichen Beschäftigung mit dem Thema der Delegation eigener Konflikte an die Kinder von Richter in den 1960er Jahren sind die psychodynamischen Zusammenhänge von pathogenen Eltern-Kind-Beziehungen wesentlich erhellt und ausführlich beschrieben worden. Das entscheidende Stichwort sind die Rollenerwartungen der Eltern. Mit Rolle im psychoanalytischen Sinne ist dabei das Gesamt der unbewussten elterlichen Erwartungsphantasien von der Funktion des Kindes gemeint. Das Leitmotiv der Eltern sind eigene Konflikte. (vgl. Richter, 2007, S. 11) Richter beschreibt es als unbestrittenes Faktum, dass Kinder schon sehr früh affektive Inhalte der Eltern erspüren können und diese übernehmen, und dass durch affektive Identifikation mit den Elternfiguren die Wahrnehmungsfunktionen des Kindes

beeinflusst werden können (vgl. ebd., S. 58). Er fand als Ergebnis umfangreicher Studien und Forschungsarbeiten heraus, dass Eltern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher häufig eigene Anteile an ihre Kinder delegieren und sie in eine Rolle drängen. Eltern streben an, ihre eigenen Konflikte zu lösen, indem sie ihrem Kind entweder „[...] die Rolle eines Ersatzes für einen anderen Partner oder die Rolle eines Substituts für einen Aspekt ihres eigenen Selbst zuzuweisen bestrebt sind.“ (ebd., S. 75). Dabei sind der Prozess der Übertragung und der Prozess der narzisstischen Projektion von besonderer Bedeutung.<sup>10</sup>

Entscheidend für den pathogenen Einfluss sind die unbewussten elterlichen Phantasien, in denen sich affektive, auf das Kind ausgerichtete Erwartungen ausdrücken (vgl. ebd., S. 19). Der von Freud beschriebene Wiederholungszwang<sup>11</sup> führt dabei zur Reinszenierung eigener, ungelöster Konflikte in der affektiven Beziehung zwischen Eltern und Kind. Die Möglichkeit der pathologischen Delegation eigener Konflikte der Eltern sollte deshalb prinzipiell in jeder Auftragsklärung mit den Eltern berücksichtigt werden. Sie darf vom Therapeuten nicht vergessen werden. Veränderungswünsche und erklärte Motive der Eltern in Bezug auf den Patienten sind immer auch vor dem Hintergrund eigener Konflikte zu sehen. Dabei ist davon auszugehen, dass es sich in den meisten Fällen um tatsächlich unbewusste Rollenzuschreibungen handelt, so dass diese Hintergründe der Auftragsklärung konstruktiv erst zu einem späteren Zeitpunkt in der Therapie gemeinsam bearbeitet werden können. Für den Therapeuten und die Frage, welche Aufträge der Eltern er aus welchen Gründen für annehmbar hält und welchen gegenüber er sich eher zurückhaltend äußert, sind die Theorien über neurosefördernde Eltern-Kind-Beziehungen als diagnostische Kategorien jedoch bereits für die Behandlungsplanung von wichtiger Bedeutung, um nicht zum Erfüllungsgehilfen elterlicher Delegationen zu werden.

### **3.4 Das Anliegen der Eltern erfahren**

Neben den möglichen, unbewussten Rollenerwartungen, haben Eltern stets individuelle Erwartungen an die Behandlung ihrer Kinder. Zur strukturierten Erfassung der Sichtweise der Eltern eignen sich z.B. folgende standardisierte Elternfragebögen:

- Mannheimer Elterninventar von Esser et. al. , 1989

---

<sup>10</sup> An dieser Stelle kann nicht im Einzelnen auf die Formen der unterschiedlichen Rollentypen und deren Charakteristika in der Eltern-Kind-Beziehung eingegangen werden. Ausführliche Darstellung und Erklärungen zur Rolle des Kindes in der Familie finden sich beim angegebenen Autor.

<sup>11</sup> siehe Freud, „Jenseits des Lustprinzips“, 1923

- Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS) von Unnewehr et. al. 1995

(vgl. Laireiter, 2000, S. 408)

Unabhängig vom Einsatz standardisierter Methoden empfiehlt sich die Exploration elterlicher Erwartungen im therapeutischen Erstgespräch. Häufig werden die bewussten und vordergründigen Anliegen der Eltern im direkten Gespräch deutlich benannt und können explizit von ihnen formuliert werden. Wenn dies nicht gelingt und auf die mögliche Einstiegsfrage „Was kann ich für Sie tun?“ z.B. mit weiteren Fragen geantwortet wird, müssen die enthaltenen Aufträge und Anliegen erst gemeinsam durch eine Übersetzung ins Auftragsformat erschlossen werden (vgl. Boessmann, 2005, S. 69). Anders als bei Kindern und Jugendlichen, ist es erwachsenen Eltern in der Regel besser möglich, ihre Anliegen und Sichtweise verbal mitzuteilen. Dem Therapeuten ist aber auch der Einsatz von projektiven Verfahren und von szenischem Verstehen, z.B. nach Argelander, möglich (siehe 4.4), um unbewusste Inhalte gezielt zu erfassen. Bereits im Erstgespräch sollte der Frage nachgegangen werden, wer das eigentliche Anliegen für die Therapie hat und wer sich welche Hilfe vom Therapeuten erhofft. Da Eltern oft einen starken Leidensdruck empfinden, das Aufsuchen eines Psychotherapeuten aber stets von Schuld- und Schamgefühlen begleitet wird (siehe Abschnitt 3.1), stellt eine differenzierte Diagnostik mit den Eltern eine besondere Herausforderung dar. Neben dem Leidensdruck und Veränderungswunsch, ihre Kinder betreffend, ist davon auszugehen, dass sich Eltern immer auch Entlastung von diesen eigenen Schuld- und Schamgefühlen erhoffen. Bewusste Erwartungen sollten von unbewussten und nur implizit geäußerten Wünschen unterschieden werden und in die Bewertung des Therapeuten der gesamten Auftragssituation, unter Berücksichtigung der psychodynamischen Hypothesen zur Erkrankung des Patienten, einfließen.

### **3.5 Möglichkeiten und Grenzen der Berücksichtigung elterlicher Anliegen**

Eine wichtige und besonders praxisrelevante Orientierung kann die Rahmenvereinbarung zur Therapie sein, die sowohl mit den Eltern als auch mit den Kindern bzw. Jugendlichen getroffen werden muss. Sie beinhaltet definierte Bedingungen über Raum, Zeit, Frequenz, Dauer, Schweigepflicht, Ausfallsregelungen etc. für eine Behandlung. Ein gewisses Maß an Verbindlichkeit und die Einhaltung des vereinbarten Rahmens einer Therapie bilden die unabdingbaren Voraussetzungen für eine ambulante Psychotherapie und müssen unabhängig vom Störungsbild gewährleistet sein. Nur wenn dieser Rahmen vereinbart und eingehalten werden kann, können auch elterliche Anliegen berücksichtigt werden. Burchartz formuliert, dass die Stabilität des Rahmens darüber entscheidet, ob

sich eine therapeutische Beziehung überhaupt entfalten kann, obwohl mit Gewissheit davon ausgegangen werden kann, dass der Patient versuchen wird, diesen durch Agieren anzugreifen (vgl. Burchartz, 2012, S. 120). In einer differenzierten Indikationsprüfung durch den Therapeuten sollten hier frühzeitig Möglichkeiten und Grenzen bzw. Chancen und Risiken einer psychotherapeutischen Behandlung gut abgewogen und den elterlichen Wünschen und Erwartungen gegenübergestellt werden.

In der Literatur finden sich immer wieder Beispiele dafür, dass Therapien von Kindern auch auf den ausschließlichen Auftrag der Eltern hin begonnen werden. Wenn in den probatorischen Sitzungen allerdings kein formulierbares Anliegen der Kindern oder Jugendlichen zum Ausdruck kommt, scheint die generelle Indikation für ambulante Psychotherapie fraglich zu sein. Im Einzelfall kann zwar auch ein Behandlungsbeginn im Zwangskontext, d.h. nicht nur ohne expliziten Auftrag, sondern sogar gegen den Willen des Patienten, ein Einstieg in die therapeutische Arbeit sein. Im ambulanten Setting werden jedoch schnell Grenzen deutlich. Auf die Arbeit im Zwangskontext soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Wenn Psychotherapie im Zwangskontext erfolgreich sein soll, bedarf es eines besonders angepassten Vorgehens.

## **4 Kinder- bzw. Jugendlichen-Perspektive der Auftragsklärung**

Die Perspektive der Patienten in Bezug auf ihre eigene Therapie in Erfahrung zu bringen, gestaltet sich mitunter nicht einfach. Einige Gründe dafür werden im Weiteren erklärt. Zunächst soll jedoch beschrieben werden, welche verschiedenen Aufträge sich unterscheiden lassen. Die Frage, wie es trotzdem möglich ist, die Sicht der Patienten zu explorieren, wird im letzten Abschnitt beantwortet.

### **4.1 Explizite und implizite Aufträge**

Eine sorgfältige Unterscheidung zwischen expliziten und impliziten Aufträgen kann im therapeutischen Prozess außerordentlich wichtig sein, z.B. um auftauchende Widerstände des Patienten und seiner Eltern besser einordnen und darauf reagieren zu können.

Mit expliziten Aufträgen sind nicht nur die im Auftragsformat formulierten Anliegen gemeint, sondern alle Erwartungen und Absichten, die deutlich und klar zum Ausdruck kommen und in mündlicher oder schriftlicher Form festgehalten werden können. Explizite Aufträge für die Therapie können direkt vom Patienten kommen, von den Eltern oder aus dem sozialen Kontext des Patienten (Kindergarten, Schule etc.). Ebenso sind explizite Aufträge von weiteren Angehörigen möglich, von Behörden, Ämtern oder einem Gericht im Sinne einer Auflage. Auch überweisende Ärzte und andere Fachkollegen können explizite Aufträge für die Therapie eines Patienten formulieren. Häufig werden Erwartungen aber nicht direkt im Auftragsformat formuliert, sondern müssen erst in ein solches übersetzt werden. Diese Übersetzung sollte, wenn sie mit dem Anliegen des Gegenübers übereinstimmen soll, im Beisein des Auftraggebers stattfinden, so dass er die Möglichkeit hat, den vom Therapeuten verstandenen Auftrag zu korrigieren bzw. zu ergänzen. Folgt der Therapeut für sich allein eine Auftragsformulierung aus dem mitgeteilten Material des Gegenübers, besteht die Gefahr, dass seine Hypothesen und Formulierungen auch implizites Material enthalten und möglicherweise nicht wirklich dem bewusst mitgeteilten Anliegen des Anderen entsprechen.

In der Praxis scheint es die Ausnahme zu sein, dass Kinder oder auch Jugendliche von sich aus eine Therapie initiieren (vgl. Boessmann, 2005, S. 152 und Burchartz, 2012, S. 124). Es ist folglich anzunehmen, dass gerade Kinder, teilweise aber auch Jugendliche, denen ein krankheitswertiges seelisches Leiden unterstellt werden kann, selbst häufig im Auftrag der Eltern oder anderer eine Therapie beginnen. Explizite Aufträge für die Therapie von Kindern oder Jugendlichen zu erhalten oder sie gemeinsam zu erarbeiten, gestaltet sich daher oft schwierig.

Bei impliziten Aufträgen handelt es sich meist um unbewusste Anliegen des Patienten. Sie werden nicht klar und deutlich zum Ausdruck gebracht, sondern müssen vom Therapeuten auf einer Metaebene indirekt erschlossen oder intuitiv erahnt werden (vgl. Boessmann, 2005, S. 108). Dabei sind therapeutische Techniken wie die Analyse von Übertragung und Gegenübertragung in der therapeutischen Beziehung hilfreich, um theoriegeleitete Hypothesen formulieren zu können. Es sind Annahmen gemeint, die als unbewusste Anliegen vom Patienten in seinen Äußerungen zu finden sind. Inwiefern diese vom Therapeuten gefolgerten Annahmen als brauchbare Arbeitshypothesen dienlich sind, stellt sich erst im Laufe der Behandlung heraus. Gerade bei Kindern und Jugendlichen sind implizite Aufträge immer vor dem Hintergrund der entwicklungspsychologisch eingeordneten Reifung und der psychosexuellen Entwicklung zu sehen und zu verstehen. Unbewusste Motive können im Zusammenhang einer klinischen Theorie zu sinnvollen psychodynamischen Hypothesen führen. Im szenischen Material einer Behandlungssequenz bzw. im Spiel werden Themen und Anliegen des Patienten deutlich, die sprachlich nicht zugänglich sind, die durch Abwehr und Widerstand noch nicht benannt werden können oder durch Vermeidungsschemata blockiert sind. Den Forschungserkenntnissen von Klaus Grawe zu Folge haben die Befriedigung der expliziten, vor allem aber der unbewussten und damit impliziten, Beziehungserwartungen und die Beantwortung des Wunsches des Patienten nach verlässlicher und sicherer Bindung in der Therapiebeziehung eine eigene heilsame Wirkung, unabhängig vom praktizierten therapeutischen Verfahren (vgl. ebd., S. 107). Bei der Klärung von impliziten Aufträgen ist besonders darauf zu achten, dass diese häufig von Selbstschutzbedürfnissen geschützt sind und eine explizite Benennung für den Patienten stark beunruhigend, beklemmend oder beschämend wirken kann (vgl. ebd., S. 108). Je nach Strukturniveau des Patienten ist unter Umständen eine Explizierung unbewusster Beziehungsanliegen nicht zielführend. Gerade jugendliche Patienten dürften in ihrer Lebensphase und mit den zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben mit der Benennung unbewusster Aufträge leicht überfordert sein und beschämt werden. Bei Kindern kann es mitunter durch Regression zu fusionären Beziehungswünschen kommen, die eher in den Entwicklungszusammenhang einzuordnen sind, als sie als Aufträge zu verstehen. Die Beachtung der Beziehungsanliegen und der unbewussten Absichten sollte in der Therapie von Kindern und Jugendlichen immer vor dem Paradigma eines Entwicklungsverständnisses stattfinden.

## 4.2 Arbeitsaufträge und Beziehungsaufträge

Grundsätzlich lassen sich die Aufträge von Patienten in Arbeits- und Beziehungsaufträge untergliedern. Während Beziehungsaufträge häufig unbewusst und implizit an den Therapeuten herangetragen werden, lassen sich Arbeitsaufträge meist explizit mit dem Patienten thematisieren. Besonders wenn es darum geht, ein Arbeitsbündnis mit dem Kind oder Jugendlichen zu schließen, steht die Formulierungen zum Inhalt der gemeinsamen Arbeit im Vordergrund. In diesem Punkt sollten die Erwartungen des Patienten genau in Erfahrung gebracht werden, um unrealisierbare Wünsche und Sehnsüchte von erfüllbaren Erwartungen zu unterscheiden und einen klaren Behandlungsauftrag formulieren zu können. Der Arbeitsauftrag bezieht sich auf die Wünsche und Erwartungen des Patienten an die Auswirkungen einer Therapie. Er bildet die Grundlage für ein gemeinsames Arbeitsbündnis. Da im Arbeitsbündnis die gesunden Ich-Anteile des Kindes oder Jugendlichen mit dem Therapeuten eine Allianz bilden (vgl. Burchartz, 2012, S. 123), sind hierfür vor allem die expliziten Arbeitsaufträge von Bedeutung. Neben den bewussten und benennbaren Wünschen und Erwartungen gibt es natürlich auch unbewusste bzw. implizite Arbeitsaufträge, die selten klar verbal kommuniziert werden, aber nicht weniger bedeutsam sind. Sie finden sich weniger im Narrativ des Patienten als in der Analyse von Übertragung und Gegenübertragung, sowie in szenischen Inhalten, und können mit entsprechender psychodynamischer Kenntnis diagnostiziert werden. Hier wird schnell deutlich, dass die Auftragslage inhaltlich oft hoch ambivalent ist. Neben vordergründigen Wünschen z.B. nach Beseitigung oder Linderung von Symptomen oder der Befreiung von einem als leidvoll empfundenen Zustand, sind im Unbewussten die Antagonisten lebendig. Den bewussten Lebenszielen und Veränderungswünschen stehen unbewusste Bedürfnisse gegenüber, die in Form von Widerstand gegen die Erreichung der erklärten therapeutischen Ziele einen unbewussten Konflikt konstituieren. Dieser, vor dem Hintergrund des dualen Triebkonzeptes von Freud und dessen Erweiterungen, grundsätzlich bestehende Zielerreichungskonflikt muss reflektiert und behandlingstechnisch beachtet werden. Oft wird das Widerstreiten innerer Kräfte und Absichten bereits in der Auftragsklärung deutlich und macht das Formulieren einer reinen Absicht eigentlich unmöglich. Arbeitsaufträge des Patienten entspringen nie reinen Absichten. Das Arbeitsbündnis und der formulierte Arbeitsauftrag gehen aus einem Klärungsprozess hervor, in dem, wie bereits oben erwähnt, die gesunden Ich-Anteile des Patienten mit dem Therapeuten im Hinblick auf ein therapeutisches Ziel eine Allianz bilden. Daneben sind jedoch immer auch die ungesunden Ich-Anteile, die hochambivalent, konflikthaft und zumeist unbewusst sind und die ihre Aufträge einbringen, von Bedeutung. Sie

bilden das latente Mandat, das der Therapeut ebenso als Realität berücksichtigen und mit dem er arbeiten muss.

Im Gegensatz zu Arbeitsaufträgen, die durchaus von der Beziehung zum Therapeuten unabhängige Absichten des Patienten enthalten, werden Beziehungsaufträge erst in der therapeutischen Beziehung sichtbar. Der Therapeut wird als Gegenüber mit Erwartungen des Patienten konfrontiert, die nur innerhalb der interpersonellen Konstellation erfahrbar werden. In der Analyse der Gegenübertragungsreaktionen kann das unbewusste Beziehungsanliegen des Patienten erforscht werden. Den Beziehungsauftrag leitet der Therapeut aus den Äußerungen des Patienten und einer passenden Interpretation seiner Gegenübertragungsreaktionen ab. Die Motive, weshalb vom Patienten in einer bestimmten Art und Weise in der Therapiebeziehung agiert wird und wodurch wiederum spezifische Dynamiken entstehen, können unterschiedlich sein. (vgl. Boessmann, 2005, S. 88-89)

Es kann sein, dass der Patient den Wunsch hat, vom Therapeuten in seinem Weltbild bestätigt zu werden, um stärkere innere Konsistenz zu erleben. Würden bisherige Überzeugungen und damit ein Weltbild vom Therapeuten in Frage gestellt, könnte dieses therapeutische Vorgehen möglicherweise beim Patienten zu unerträglicher Inkonsistenzspannung führen und dem unbewussten Anliegen direkt entgegengerichtet sein. Es kann auch sein, dass es eher darum geht, eine leidvoll erlebte Erfahrung aus der Vergangenheit oder frühen Kindheit zu reinszenieren, in der Hoffnung, in der Beziehung zum Therapeuten damit befriedigendere Erfahrungen machen zu können, als es bisher möglich war. Boessmann formuliert, dass die Beziehungsanliegen bzw. die Beziehungswünsche der Patienten mitunter zum eigentlichen Motor in der Therapiebeziehung werden. Je länger eine Krankheitsgeschichte und Therapiebeziehung andauert, umso stärker wird die Bedeutung der Beziehungsanliegen des Patienten gegenüber dem Therapeuten. (vgl. ebd., S. 88-89) Beziehungsanliegen werden selten direkt vom Patienten mitgeteilt. Zum einen, weil sie unbewusst sind, zum anderen, „[...] weil das Verhältnis vom Patient zum Arzt oder Therapeuten Konventionen unterliegt, welche Mitteilungen über die Tiefenschichten menschlicher Motivation tabuisieren.“ (ebd., S. 90) Da Boessmann sich in diesem Punkt auf die Therapie Erwachsener bezieht, könnten für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen durchaus andere Konventionen angenommen werden, da sie ihre Rolle gegenüber dem Therapeuten selbst vermutlich auch anders einschätzen, als es ein erwachsener Patient tun würde. Kinder halten sich nicht an die Tabus der Erwachsenen, sie kennen sie mitunter auch noch nicht und teilen sich und ihre Anliegen von daher unvoreingenommener mit. So manches unbewusst zum Ausdruck gebrachte Beziehungsanliegen kann von einem Kind ausgehend als durchaus



angemessen erlebt werden, während das gleiche Anliegen, von einem erwachsenen Patienten geäußert, eher in den Bereich der tabuisierten Motive einzuordnen wäre.

Die folgenden Beispiele veranschaulichen, dass der Inhalt von Beziehungsaufträgen miteinander kaum direkt und sprachlich kommuniziert werden kann: »Ich weiß, dass du auch keine direkte Lösung für meine Probleme hast, aber ich möchte, dass du mit mir aushältst, was ich seit Jahren aushalte.« Oder: »Ich kann mich selbst nicht mehr ertragen, ich will, dass du mich erträgst.« Oder: »Alle Menschen haben sich von mir abgewendet. Zeige du mir, dass ich liebenswert und wertvoll bin.« Oder: »Verlass mich nicht. Halte mich fest, damit ich nicht verloren gehe.« Oder: »Ich bin gescheitert, und jetzt sollst du scheitern. Aber gib niemals auf, dich um mich zu bemühen.« (ebd., S. 90)

Der Therapeut muss sich um die Entschlüsselung der verdeckten Beziehungswünsche in den Äußerungen und Klagen des Patienten bemühen. Bei jüngeren Patienten, vor allem bei Kindern, sind die Beziehungsanliegen hingegen manchmal recht offensichtlich und werden ohne umfangreiche Deutungsarbeit direkt erlebbar. Das Kind agiert die Beziehungsanliegen unmittelbar aus, greift z.B. direkt nach der Hand des Therapeuten und führt ihn zu dem Spielzeug, was es gemeinsam mit ihm ausprobieren möchte (vgl. ebd., S. 153). Von besonderer psychodynamischer Relevanz bei Kindern sind übertrieben stark ausgeprägte bzw. deutlich gehemmte Antriebe, da mit ihnen besonders dringende Beziehungsanliegen verbunden sein können. Die hohe Dringlichkeit bestimmter Anliegen ist bei Kindern vor dem Hintergrund der alterstypischen Entwicklungsaufgaben zu sehen. Der Entwicklungswunsch ist bei Kindern quasi immanent und nicht nur als Anpassungsleistung auf äußere Anforderungen zu verstehen. Erikson hat bereits 1950 den verschiedenen Altersstufen konkrete Entwicklungsaufgaben zugeordnet, die er als generelle Themen in diesen Lebensphasen unterstellt:

- 0-2 Jahre: Urvertrauen statt Urmisstrauen
- 2-3 Jahre: Autonomie statt Scham und Zweifel
- 3-5 Jahre: Initiative statt Schuldgefühle
- Latenz: Werksinn statt Minderwertigkeitsgefühle
- Pubertät: Identität statt Identitätsdiffusion
- Adoleszenz: Intimität statt Isolation
- 25-65 Jahre: Generativität statt Stagnation
- Alter: Ich-Integrität statt Verzweiflung (vgl. ebd., S. 153)

Gerade weil sich die Entwicklungsaufgaben in jungen Jahren recht schnell verändern und Kinder ständig mit neuen Entwicklungsschritten konfrontiert sind, an denen sie

wachsen und reifen können, ist die Berücksichtigung der phasentypischen Entwicklungsthemen in der Therapie von großer Bedeutung. Für das Kind besteht mit jeder neuen Entwicklungsaufgabe die Möglichkeit, sich von neurotischen Fixierungen oder Hemmungen zu entfernen und diese in der Bewältigung eines neuen Entwicklungsschrittes, mit Unterstützung eines als Hilfs-Ich fungierenden Therapeuten, zu lösen (vgl. ebd., S. 158). Boessmann leitet u.a. daraus ab, dass man Kindern generelle Anliegen in der Psychotherapie unterstellen kann, die als Aufträge wie folgt formuliert werden können:

„Hilf mir, (spielerisch) zu wachsen.

Zeige mir (im Spiel) meine Fähigkeiten und ermutige mich.

Sei mir Vorbild und zeige mir (im Spiel), wie das Leben funktioniert.“ (ebd., S. 158)

Diese generellen Anliegen lassen sich in der therapeutischen Beziehung beantworten und können als Hintergrund für weitere Beziehungsanliegen von Patienten verstanden werden.

### **4.3 Die innere und äußere Situation der Patienten**

Die Situation der Patienten ist durch verschiedene Besonderheiten gekennzeichnet. Im folgenden Teil werden einige Aspekte dieser Situation herausgegriffen, die im Zusammenhang der eigenen Anliegen von Kindern und Jugendlichen und einer Therapie besonders bedeutsam sind. Sie beschreiben den Hintergrund, vor dem Kinder und Jugendliche ihre Anliegen entwickeln.

#### **4.3.1 Verbundenheit und Abhängigkeit**

Die Situation von Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich grundsätzlich von der erwachsener Personen in der Psychotherapie. Sie sind nicht nur materiell auf die Eltern angewiesen, was z.B. die äußere Versorgung mit Nahrung, Kleidung, Wohnung etc. betrifft, sondern sind besonders in einer elementaren psychischen Ebene von ihren Eltern abhängig. Das gilt umso mehr, je jünger die Kinder sind, und verändert sich mit zunehmendem Alter hin zu mehr Selbständigkeit und Ablösung. Burchartz beschreibt diese abhängige und verbundene Beziehung zwischen Kindern und ihren Eltern als ein reales Geschehen: „Die Psyche eines Kindes ist noch sehr eng mit derjenigen der Eltern verwoben, als reales gegenwärtiges Geschehen.“ (Burchartz, 2012, S. 48) Was meint diese reale Verwobenheit? Er bezieht sich in seiner Aussage auf die intuitiven Fähigkeiten von Kindern, die Aufträge ihrer Eltern zu erspüren und somit die unbewusst an sie delegierten Konflikte lösen zu wollen. Kinder übernehmen Verantwortung für ihre Eltern,

indem sie durch affektive Identifikation<sup>12</sup> auch unbewusste Anteile der Eltern introjizieren. Diese Grundannahmen zum Hintergrund von Kindern lassen eine ausschließliche Arbeit mit ihnen, ohne den intensiven Einbezug der Eltern, sehr fragwürdig erscheinen. Gerade weil die Situation von Kindern und Jugendlichen durch diese Verwobenheit gekennzeichnet ist, besteht ein wesentliches Anliegen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie darin, die Gemengelage elterlicher und kindlicher Konflikte zu differenzieren. Differenzierung bedeutet in diesem Zusammenhang nicht nur zwischen elterlichen und kindlichen Konflikten zu unterscheiden, sondern vor allem an der tatsächlichen Verantwortungsübernahme für die Bewältigung eigener Konflikte der Eltern mit ihnen zu arbeiten, anstatt sie an die Kinder zu delegieren.<sup>13</sup>

#### **4.3.2 Die Entwicklungstendenz**

Die eigenen Anliegen von Kindern oder Jugendlichen als psychotherapeutische Patienten lassen sich auch vor dem Hintergrund des generellen Entwicklungsinteresses beschreiben. In jeder Altersstufe sind bestimmte Entwicklungsschritte zu bewältigen. Die einzelnen Entwicklungsphasen sind dabei nicht als etwas zu Überwindendes zu verstehen, auf dem Weg zum Ziel, ein reifer Erwachsener zu werden. Das anvisierte Ziel sollte nicht sein, möglichst schnelle ein Erwachsener zu werden, sondern die jeweils anstehenden Entwicklungsaufgaben für sich gut zu bearbeiten. Jedes Entwicklungsalter beinhaltet vielmehr seine eigenen Themen und Konflikte, die nicht nur überwunden, sondern vor allem bewältigt und integriert werden müssen. Die Auseinandersetzung mit der die Kinder und Jugendlichen umgebenden Welt, in den verschiedenen Entwicklungsaltern und in ihrer spezifischen Art und Weise, hat einen Wert in sich und ist nicht nur als Durchgangsstadium auf dem Weg zu einem eigentlichen Ziel zu verstehen. (vgl. Rudolf, 2005, S. 36) Gerade für ein psychodynamisches Verständnis ist es von großer Bedeutung, dass jede durchlebte Entwicklungsstufe im Kind eine Erinnerungsspur hinterlässt, durch die die Möglichkeit des Erlebens und Funktionierens auf dieser Stufe erhalten bleibt, und die in bestimmten Situationen regressiv wiederbelebt werden kann. Diese Erinnerungsspur umfasst die Gesamtheit der menschlichen Erinnerungen, also sowohl das kognitive als auch das körperlich-vegetative Gedächtnis. (vgl. ebd., S. 36)

#### **4.3.3 Integration und Aktualisierung**

Kinder durchleben verschiedene Entwicklungsstufen und verändern sich in dieser Zeit, d.h. sie entwickeln sich weiter und organisieren sich in gewisser Weise neu

---

<sup>12</sup> siehe Richter, 2007

<sup>13</sup> siehe Seiffge-Krenke, 2007, S. 291ff

(Autopoiesis).<sup>14</sup> Die Erfahrungen auf dem Weg der Entwicklung bleiben als Erinnerungen gespeichert und sind unter gewissen Umständen wiederbelebbar. An sich treffen diese Aussagen nicht nur für Kinder oder Jugendliche, sondern auch für Erwachsene zu. Eine Besonderheit bei Kindern und Jugendlichen ist jedoch, dass sie sich in ständiger Entwicklung mit hohem Tempo befinden und ihre Situation durch Wachstum, Reifung, Differenzierung und Veränderung charakterisiert ist. Körperliche, intrapsychische und soziale Veränderungen verlangen von Kindern und Jugendlichen eine ständige Integrations- und Aktualisierungsleistung. Der permanente Veränderungsprozess zwingt Kinder und Jugendliche geradezu dazu, sich ständig neu zu erfinden, sich dabei auf alle bisherigen Erfahrungen mit sich und der Umwelt zu beziehen und diese zu verarbeiten. In diesem Entwicklungsprozess zur neurotischen Konfliktverarbeitung und Symptombildung, oder wird ein Kind bzw. Jugendlicher durch strukturelle Defizite, die deutlich vom zu erwartenden, altersentsprechenden Entwicklungsstand abweichen, auffällig, kann davon ausgegangen werden, dass diese Entwicklungs- und Integrationsprozesse vom Kind, unter seinen aktuellen Rahmenbedingungen und in den bestehenden Beziehungen, nicht ausreichend gut bewältigt werden können. So gesehen treffen Kinder und Jugendliche in einer Entwicklungskrise mit sich selbst auf einen Therapeuten und beauftragen ihn prinzipiell damit, ihnen bei der eigenen Entwicklung zu helfen.

Sicher wird ein derartiges Anliegen kaum von einem Kind oder Jugendlichen explizit formuliert. Es kann weder die eigene Situation in einen größeren Entwicklungszusammenhang einordnen, noch sind für die Bewertung der eigenen Situation fachliche Kategorien und Theorien verfügbar, die eine präzise Beschreibung ermöglichen. Diese Art der Auftragsformulierung entspricht auch nicht einer wirklichen Klärung mit dem Patienten, da sie auf Annahmen fußt, die hauptsächlich im Kopf des Therapeuten einen Sinnzusammenhang ergeben. Andererseits kann der Entwicklungsgedanke aber dabei hilfreich sein, das tatsächlich vom Kind oder Jugendlichen Geäußerte in einen Zusammenhang einzuordnen, der die Herleitung eines konkreteren Auftrages für den Therapeuten möglich macht. Wenn sich Psychotherapeuten bei Kindern und Jugendlichen grundsätzlich als Entwicklungshelfer verstehen, kann die Berücksichtigung des entsprechenden Entwicklungsniveaus und der zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben bei der Erarbeitung sinnvoller Aufträge durchaus hilfreich sein, was insbesondere auch für strukturbezogene Entwicklungsthemen bei Jugendlichen gilt.

---

<sup>14</sup> siehe Niklas Luhmann, „Soziale Systeme - Grundriss einer allgemeinen Theorie“, 1984

#### **4.3.4 Beziehungsfähigkeit und soziale Aspekte**

Spätestens ab der Kindergartenzeit sind Kinder normalerweise in regelmäßigem Kontakt mit Gleichaltrigen. In dieser Konstellation macht das Kind Erfahrungen damit, wie es in einer Gruppe und mit Anderen zurechtkommt, ob es als Teil einer Gruppe akzeptiert und gemocht ist oder ob es ausgegrenzt wird. Spätestens in der Schule werden Beziehungen und der Umgang mit anderen immer wichtiger. Sind Freundschaften möglich, und wie zufriedenstellend lassen sich Beziehungen außerhalb der Familie für das Kind gestalten? In der späteren Pubertät und Adoleszenz werden außerfamiliäre Kontakte immer bedeutsamer für das Wohlbefinden und die eigene Entwicklung. Kann und darf ein Kind und Jugendlicher sich aus der Familie lösen, Beziehungserfahrungen außerhalb machen sowie Bindungen eingehen und lösen lernen? Gibt es eine Peergroup, an der der Jugendliche partizipieren kann? Ist das Entdecken und Erproben intimer Beziehungen möglich? Fühlt sich der Jugendliche dazugehörig und in den für ihn entscheidenden Punkten verstanden? Kann er sich in der ihn umgebenden Gesellschaft wiederfinden und somit auch seinen Platz darin gestaltend entdecken? Die Themen und Fragen ließen sich an dieser Stelle beliebig erweitern. Im Grunde geht es um den sozialen Aspekt, der in jedem Lebens- und Entwicklungsalter spezifische Schwerpunkte hat und letztlich auch in der Beziehungsfähigkeit zum Ausdruck kommt. Wenn soziale Kontakte nicht als befriedigend und bereichernd erlebt werden können, kann daraus beim betroffenen Kind oder Jugendlichen ein massiver Leidensdruck entstehen, der eine wichtige Grundlage für das Anliegen in der Therapie bildet. Seiffge-Krenke trifft die Aussage, dass es kein anderes Symptom gibt, welches klinisch auffällige von klinisch unauffälligen Jugendlichen so gut unterscheidet wie Probleme mit Gleichaltrigen (vgl. Seiffge-Krenke, 2007, S. 62). Im Zusammenhang sozialer Beziehungen geht es selten um konkrete Aufträge für den Therapeuten, sondern eher um Themen, mit denen ein Kind oder Jugendlicher unzufrieden ist und sich eine Veränderung wünscht.

#### **4.3.5 Schule und Leistungsbereitschaft**

Mit der Einschulung beginnt meistens auch die Zeit der stärkeren Leistungsorientierung für Kinder. Im Klassenverband müssen Aufgaben gelöst, Problemstellungen bearbeitet und kreative Arbeiten erstellt werden. Dafür ist es nötig die Aufmerksamkeit zu bündeln und sich fokussieren zu können. Wichtiges muss von Unwichtigem unterschieden werden. Spätestens in der Schule zeigt sich, ob ein Kind motiviert ist, für eine spätere Gratifikation Mühe und Anstrengung in Kauf zu nehmen. Im günstigsten Fall kann ein Kind und Jugendlicher wiederholt die Erfahrung machen, durch eigene Anstrengung eine Aufgabe bewältigen zu können. Eine Aufgabe kann so zur bewältigten Herausforderung

werden.<sup>15</sup> Das Kind bzw. der Jugendliche erlebt sich als wirksam und kann den eigenen Erfolg genießen. Die Anerkennung der eigenen Leistung durch bedeutsame Bezugspersonen, wie die Eltern und Lehrer, kann dann als positiv stärkend und motivierend zugleich wirken. Viele Faktoren, Fähigkeiten und Ressourcen sind daran beteiligt, dass ein Kind oder Jugendlicher den schulischen Anforderungen genügt und dabei seelisch gesund bleibt. Im Fall einer psychischen Störung kann es zu Schul- und Leistungsproblemen kommen, unter denen Kinder und Jugendliche leiden. Schulprobleme können jedoch auch mit verantwortlich für eine psychische Störung sein. Durch die wiederholte Erfahrung, die gestellten Aufgaben nicht bewältigen zu können und irgendwann auch nicht mehr zu wollen, muss auch auf die Erfolgserlebnisse verzichtet werden. Die positive Selbstbestätigung bleibt aus. Stattdessen sind Kinder und Jugendliche den Enttäuschungsreaktionen der Umwelt ausgesetzt, erleben unter Umständen Ablehnung, Frust und die Hilflosigkeit der Lehrer und Eltern. Wenn Kindern und Jugendliche erleben, dass sie die von der Schule gestellten Anforderungen nicht bewältigen können, kann ein Wunsch nach Veränderung entstehen. Manchmal haben Jugendliche bereits ein Gespür dafür, dass ihre Schulprobleme auch andere Lebensbereiche beeinträchtigen und die eigene Entwicklung behindern.

#### **4.3.6 Bewusste und unbewusste Behandlungsmotivation**

Eine interessante Differenzierung nimmt Argelander vor, der zwischen bewusster und unbewusster Behandlungsmotivation unterscheidet. Patienten mit guter, bewusster Behandlungsmotivation, die sich bspw. auf ein Gespräch vorbereitet haben und ihre Motivation zur Therapie deutlich zum Ausdruck bringen, können unbewusst durchaus schlecht motiviert sein. Gerade bei gesandten Patienten, die vordergründig zunächst im Auftrag der Eltern oder anderer Personen zu einem Therapeuten kommen, stellt die unbewusste Behandlungsmotivation ein wesentliches Kriterium für eine aussichtsreiche Psychotherapie dar. Die bewusste Motivation lässt sich in Äußerungen des Patienten direkt ablesen, während die unbewusste Motivation eher in den szenischen Informationen und den ungewöhnlichen Arrangements der Gesprächssituationen zu finden ist (vgl. Argelander, 1989, S. 26). Eine gute, unbewusste Motivation geht nach Seiffge-Krenke mit dem vitalen Interesse einher, gesund zu werden, was prognostisch günstig ist. Besonders Jugendliche, die sich in der Phase der Ablösung von den Eltern befinden, stellt es vor eine nachvollziehbare Herausforderung, sich an einen Therapeuten zu attachieren und sich damit die eigene Bedürftigkeit, einem Erwachsenen gegenüber, einzugestehen. (vgl. Seiffge-Krenke, 2007, S. 121) Vor allem bei Jugendlichen ist von

---

<sup>15</sup> siehe z.B. Felix von Cube: Lust an Leistung, 1997

widersprüchlichen Motiven und alterstypischer Ambivalenz zwischen bewusster und unbewusster Motivation zur eigenen Behandlung auszugehen. Das Hin- und Hergerissen-sein zwischen eigenen Triebregungen, also dem Wunsch nach Selbständigkeit und Autonomie und dem Wunsch, bei der Gestaltung autonomer Lebensäußerung nicht allein zu sein und unterstützt zu werden, ist charakteristisch für einen nach Individuation strebenden jungen Menschen.

#### **4.3.7 Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis**

Zur Individuation und Selbsterkenntnis bedarf es geradezu eines Gegenübers, in dem man erkennt, wer man selbst ist. Die bekannte Aussage Bubers „Der Mensch wird am Du zum Ich.“ unterstreicht die Bedeutung eines Gegenübers.<sup>16</sup> Auch in der Psychotherapie erlebt sich der Patient in der Beziehung zum Therapeuten. Im Schutz der therapeutischen Beziehung und geprägt von einer entsprechenden Haltung des Therapeuten kann der Patient Erfahrungen mit sich selbst machen, die in Alltagsbeziehungen so nicht möglich sind. Jugendliche bedürfen dieses Gegenübers in besonderer Weise, da sie die Frage, wer und wie sie sind, vor allem vor sich selbst, bewusst beantworten müssen. Das Gewahr-werden der eigenen Identität kann im Spiegel der therapeutischen Beziehung prozesshaft begleitet werden, wobei die Pubertät mit ihren Aufgaben und Themen an sich keine psychische Krankheit darstellt. Der Übergang von Normalität und Pathologie ist jedoch besonders im Jugendalter fließend (vgl. Seiffge-Krenke, 2007, S. 50). Die Entwicklung von Jugendlichen in der Pubertät findet in einer Phase statt, die von Erikson auch als normative Krise bezeichnet wird (vgl. Seiffge-Krenke, 2007, S. 26). Was das Anliegen von jugendlichen Patienten betrifft, kann diesbezüglich angenommen werden, dass sie prinzipiell den Wunsch haben, sich selbst und ihre Anteile positiv zu erleben, unabhängig von einer möglicherweise krankheitswertigen Problematik. Dabei ist mit positiv nicht unrealistisch rosarot gemeint, sondern in einer für sie gerade noch verträglichen Weise. Das hohe Maß an Selbstwirksamkeitserwartungen von Jugendlichen muss berücksichtigt werden. Dem Therapeuten kommt die wichtige Aufgabe zu, den Patienten wahrzunehmen und die Anteile des Gegenübers zunächst in sich aufnehmen zu können (containing). Er muss entscheiden, mit welchen eigenen Anteilen des Patienten er ihn konfrontieren möchte und in welcher Weise dies als Rückmeldung zur Person des Patienten artikuliert werden kann. Die Identitätsfindung und Identitätsbildung zählt zu den wichtigsten Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz, obgleich sie als fortlaufender Prozess nie wirklich zu einem endgültigen Abschluss gelangen kann. Jugendliche wollen sich selbst erleben. Nicht nur, weil es sich mitunter gut anfühlt, sondern vor allem, weil

---

<sup>16</sup> siehe Martin Buber, „Ich und Du“, 1999

sie die fundamentale Frage beantworten und ausdifferenzieren müssen, wer sie selbst sind. Dafür braucht es Erfahrungen mit sich in Beziehung zu anderen Menschen.

#### **4.4 Das Anliegen der Patienten erfahren – Methoden und Verfahren zum Erarbeiten von Aufträgen**

Im Folgenden soll eine Auswahl an Verfahren kurz vorgestellt werden, die zur Exploration der Perspektive von Kindern und Jugendlichen und der enthaltenen Anliegen und Aufträge geeignet erscheinen, weil sie gezielt nach deren subjektiven Erlebnisinhalten fragen. Ein spezifisch für die Auftragsklärung mit Kindern und Jugendlichen entwickeltes Verfahren existiert derzeit für die psychodynamische Psychotherapie nicht. Ob dieses überhaupt entwickelt werden kann, ist fraglich, denn um eine Formulierung im Auftragsformat zu erhalten, ist offensichtlich fast immer noch etwas Arbeit nötig. Sinnvolle Aufträge für eine Psychotherapie können bei Kindern und Jugendlichen nicht unmittelbar oder sogar objektiv erhoben werden. Prinzipiell kann aber jede Art der Äußerung mit Blick auf die darin enthaltenen Aufträge reflektiert werden. Es bedarf jedoch der Interpretation und Explizierung der enthaltenen Aufträge durch den Therapeuten. Bei der Frage nach Aufträgen geht es also zunächst darum, die Sicht- und Erlebensweise des Patienten in Erfahrung zu bringen.

##### **4.4.1 Gegenübertragungsanalyse**

Im Grunde bedeutet Gegenübertragungsanalyse, die eigenen Gefühle einem Patienten gegenüber auswerten zu können, sie zu verstehen, zu erklären, und dann bewusst darauf reagieren bzw. damit umgehen zu können. Ausführlich beschäftigt sich Karl König mit dem Thema Gegenübertragung in dem Buch „Gegenübertragungsanalyse“ (König, 2004). Die Gegenübertragung des Therapeuten kann zur Quelle diagnostischer Informationen, wie bewusster und unbewusster Aufträge des Patienten, werden.

##### **4.4.2 Die verzauberte Familie**

Das projektive Testverfahren „Die verzauberte Familie“ wurde von Biermann und Kos entwickelt und mehrfach überarbeitet.<sup>17</sup> Es ist anwendbar bei Kindern und Jugendlichen und, entsprechend angepasst, auch bei Erwachsenen.

Dem Patienten wird lediglich mitgeteilt, dass ein Zauberer *eine* Familie verzaubert hat. Die Situation nach der Verzauberung soll gezeichnet werden. Im Anschluss werden im Gespräch über das Bild die enthaltenen Personen bzw. Figuren und deren Alter erfragt

---

<sup>17</sup> seit 2002 ist die 5., neu gestaltete Auflage verfügbar



und der Patient wird gebeten, die Geschichte der Verzauberung zu erzählen. Da häufig Tierverwandlungen vorkommen, kann der zeichnerische Projektionsinhalt mit Hilfe des Pigem-Tests, und somit der Frage nach beliebten und unbeliebten Tieren, überprüft werden. Im Test werden innerfamiliäre Beziehungen und Konflikte, Identifizierungen, Wünsche, Ängste und Aggressionen sowie deren Abwehr, die Art, wie die Situation in der Familie aus Sicht des Patienten erlebt wird, dargestellt. Ebenso werden Abhängigkeiten zu den Eltern und die Beziehungen zu den Geschwistern dargestellt. Oft bildet die Zeichnung symbolisch auch den unbewussten Konflikt der Familienneurose ab. (vgl. Biermann und Kos, 1986, S. 217)

#### **4.4.3 Familie in Tieren**

Der auch als Gräsertest bekannte Zeichentest wurde von Brem-Gräser bereits 1957 entwickelt und ähnelt dem Verfahren der verzauberten Familie.<sup>18</sup> Die Testdurchführung ist vergleichsweise einfach und bedarf kaum Material und Vorbereitungszeit. Das Kind oder der Jugendliche soll sich vorstellen, die eigene Familie sei eine Tierfamilie, und diese zeichnen. Die Auswertung kann in freier Form nach inhaltlich-tiefenpsychologischen Gesichtspunkten stattfinden. Eine Hilfe kann dabei der von Brem-Gräser, aufgrund umfangreicher Untersuchungen, entwickelte Katalog der Tiereigenschaften sein. (vgl. Rauchfleisch, 2001, S. 86)

#### **4.4.4 Die Wunderfrage**

Die von de Shazer entwickelte Wunderfrage greift auf die Kristallkugeltechnik<sup>19</sup> nach Erickson zurück (vgl. de Shazer, 2012, S. 116). Sie kommt besonders in lösungsorientierten Kurzzeittherapien zum Einsatz und wird nicht ausdrücklich als diagnostisches Instrument, sondern als therapeutische Technik verstanden. Trotzdem kann diese Frage-technik zu wichtigen Aussagen über das Anliegen von Patienten verhelfen und somit diagnostischen Zwecken dienen. Die Wunderfrage ist sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen anzuwenden. Sie kann dem Patienten, der über die Art der Fragestellung in eine leichte Trance versetzt wird helfen, in einem entspannten Zustand neue Ideen für seine Probleme zu finden und Veränderungsimpulse zu formulieren. Über ein vertieftes Nachfragen, wie die Lösung des Problems nach dem Wunder genau aussehen würde, wird eine Veränderungsidee im Kopf des Patienten entwickelt und neue neuronale Verknüpfungen werden aktiviert. (vgl. ebd., S. 116-130)

---

<sup>18</sup> Mittlerweile liegt die 10. Auflage des dazugehörigen Buches „Familie in Tieren – Die Familiensituation im Spiegel der Kinderzeichnung“, erschienen im Ernst Reinhardt Verlag, vor.

<sup>19</sup> Steve de Shazer selbst beschreibt die Technik auch unter der Überschrift „Die Kristallkugeltechnik“

Eine mögliche Hinführung zur Wunderfrage könnte folgendermaßen aussehen: „Nehmen wir einmal an, du gehst nach unserem heutigen Treffen nach Hause. Du schläfst abends ein und über Nacht passiert ein Wunder. Das Problem, das du lösen wolltest, ist schon gelöst, oder das Ziel, das du erreichen wolltest und weswegen du hier bist, ist schon erreicht worden. Einfach so. Du hast es nicht einmal gemerkt. Und du weißt auch nicht, dass und wie das Wunder geschehen ist; weil du geschlafen hast! Woran wirst du am Morgen, wenn du aufwachst, als erstes erkennen, dass ein Wunder passiert ist? Und woran kannst du es noch erkennen?“ Zur Vertiefung sind weitere Fragen möglich, wie z.B.: Wer wird die erste Person sein, die bemerkt, dass das Wunder geschehen ist, und woran? Wer wird was anders machen nach dem Wunder? Wer wird am überraschtesten sein, wenn dein Problem gelöst ist? Was wird diese Person sehen, was du anders machst, was er/sie nicht für möglich gehalten hat? Was wirst du an dir wahrnehmen, was dich positiv überrascht? Was wirst du sehen, was die andere Person anders macht, was du nicht für möglich gehalten hattest?<sup>20</sup>

#### **4.4.5 Squiggle**

Die Squiggle-Technik geht auf Winnicott zurück und wurde von Günter (2003) und Bürgin (2002) ausführlich beschrieben. Squiggle bedeutet so viel wie kritzeln und ist eine Art des In-Kontakt-Tretens und In-Kontakt-Bleibens mit bewussten und unbewussten Anteilen des Patienten. „Der Therapeut malt auf ein Blatt Papier ein oder mehrere Kritzel und bittet den Patienten, daraus zu malen, was immer er möchte. Danach kann der Patient einen Schnörkel auf ein Blatt malen und der Untersucher macht etwas daraus. [...] Der diagnostische bzw. therapeutische Wert liegt im Inhalt des Gespräches zu den Bildern, in den vom Patienten dazu entwickelten Geschichten oder allein im zeichnerischen Dialog.“ (Seiffge-Krenke, 2007, S. 123) Eine Besonderheit in der Squiggle-Technik besteht in der Verbindung von zeichnerischem und verbalem Dialog. Damit besteht für den Patienten die Möglichkeit, sich direkt oder symbolisch in der therapeutischen Beziehung mitzuteilen, was die Technik besonders für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen geeignet erscheinen lässt.

#### **4.4.6 Satzergänzungstest**

Der Satzergänzungstest (SET) existiert in unterschiedlichen Überarbeitungen und kann individuell angepasst werden. Je nachdem, ob es sich um einen Jungen oder ein Mädchen handelt, sind die Formulierungen entsprechend zu wählen. Ein konkreter Urheber

---

<sup>20</sup> Einige Formulierungen und Anregungen für Beispielfragen sind folgender Internetquelle entnommen: [http://www.froschkoenige.ch/media/pdf/Modelle/Wunderfrage\\_LR.pdf](http://www.froschkoenige.ch/media/pdf/Modelle/Wunderfrage_LR.pdf)

des Verfahrens ist nicht bekannt, es wird jedoch von Rauchfleisch in einer Variante beschrieben und als mit am häufigsten verwendetes Diagnostikinstrument bezeichnet (vgl. Rauchfleisch, 2001, S. 75). Der SET kann mit Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden. Wenn die Patienten selbst schreiben können und wollen, wird ihnen eine Liste unvollständiger Sätze vorgelegt. Bei kleineren Kindern kann der Therapeut die Satzanfänge vorlesen und die vom Patienten geäußerten Vervollständigungen notieren. Der Patient wird gebeten, die angefangenen Sätze nach seinen spontanen Einfällen zu vervollständigen. Man teilt dem Patienten mit, es gehe um ein Kind bzw. einen Jugendlichen gleichen Geschlechts und gleichen Alters. Damit soll dem Patienten ein gewisser projektiver Spielraum geschaffen werden, in dem er sich entfalten kann, ohne von dem Gefühl beeinträchtigt zu werden, über sich selbst zu sprechen. Im Testbogen werden die verschiedensten Lebens- und Erlebensbereiche angesprochen (Einstellung zu Eltern, Freunden, Schule, Interessen, Ängste etc.). Für die Auswertung und Interpretation der Befunde ist zu beachten, dass dieses Verfahren hauptsächlich zur Hypothesengenerierung dient und nicht jede Antwort als Darstellung der realen Situation des Patienten aufzufassen ist. Die Hypothesen können gezielt, mit Blick auf die Anliegen und Aufträge von Patienten, entwickelt werden. Die Ergebnisse des Verfahrens müssen in weiteren Gesprächen mit dem Patienten und u.U. seinen Eltern genauer geklärt werden. Der SET kann einen differenzierten Einblick in die Erlebniswelt des Patienten ermöglichen und wichtige Anhaltspunkte für die weitere Exploration und Diagnostik liefern. (vgl. ebd., S. 75-77) Ein Testbogen für Mädchen befindet sich im Anhang der Arbeit.

#### **4.4.7 Analytisches Erstinterview nach Argelander**

Das analytische Erstinterview beschreibt eine Technik des unstrukturierten Gespräches, die dem Patienten möglichst viel Freiraum lässt, sich in der Gesprächssituation aktiv zu entfalten. Vom Therapeuten werden nur wenige Fragen gestellt – sein Interesse richtet sich darauf, wie der Patient die Interviewsituation strukturiert. Den Kern des analytischen Erstinterviews bildet die schöpferisch gestaltete Szene, die als Schlüsselinformation zum Verstehen des Seelenlebens vom Patienten beschrieben wird. Sie hat eine eigene Dramatik und Dynamik und speist sich aus dem Unbewussten. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Problematik des Patienten im Hier und Jetzt der Gesprächssituation, in einer Art „Übertragungsraum“, entsteht. (vgl. Argelander, 1989) Nach Argelander „verdichtet das Material seine Sinnstrukturen in einer eigenen Gestalt“ – der Szene (ebd., S. 70). Es werden drei Kategorien von Informationen unterschieden, die im analytischen Erstinterview enthalten sein können. Es gibt *objektive Informationen*, wie persönliche

Angaben, biografische Fakten, bestimmte Verhaltensweisen oder Persönlichkeitseigenschaften, die jederzeit nachprüfbar sind. Als zweite Kategorie werden *subjektive Informationen* genannt. Für diese Art der Informationen ist ausschließlich entscheidend, welche Bedeutung der Patient den mitgeteilten Daten verleiht. Sie werden nur in der gemeinsamen Arbeit mit dem Patienten erfahrbar und können vom Therapeuten nicht allein erschlossen werden. Von besonderer Bedeutung für die Diagnostik unbewusster Anliegen ist dabei die dritte Kategorie der *szenischen* oder *situativen Informationen*. Szenische Informationen entstehen im Erleben der gemeinsamen Situation während des Interviews. Das Wahrnehmungsinstrument ist die Persönlichkeit des Interviewers, die auf das unbewusste Beziehungsfeld mit dem Patienten ausgerichtet ist. (vgl. ebd., S. 63) Das analytische Erstinterview kann mit Kindern auch als Spielsituation gestaltet werden.

## 5 Resümee

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die in der einschlägigen Literatur diskutierten Ansichten zum Thema Auftragsklärung in der psychodynamischen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen in Erfahrung zu bringen und in diesem Zusammenhang relevante Aspekte darzustellen.

Zu diesem Zweck wurden deutschsprachige Fachliteratur und einschlägige Veröffentlichungen herangezogen und analysiert, wobei sich um möglichst aktuelle Quellen und Veröffentlichungen bemüht wurde. Die Recherche ergab zunächst, dass der Begriff der Auftragsklärung im psychodynamischen Zusammenhang recht jung ist. Eine gezielte Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Aufträgen in der psychodynamischen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen wurde nicht gefunden. Die in der Arbeit verwendeten Quellen und Texte sind innerhalb der psychodynamisch orientierten Psychotherapieliteratur und ihrer unterschiedlichen theoretischen Ausrichtungen zum Teil weit gestreut, andererseits fanden sich relevante, aktuelle Texte zur psychodynamischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen konzentriert in einigen wenigen Fachbüchern. Anders gestaltete sich die Literaturlage aus Sicht der humanistischen Psychotherapie sowie vor allem aus der Sicht systemischer Therapeuten. Einige Vertreter der humanistischen Schule, der Gestalttherapie und der systemischen Therapien haben sich im Rahmen ihres Verfahrens intensiver mit der Auftragsklärung bei Kindern und Jugendlichen beschäftigt. Besonders in der systemisch orientierten Therapie hat die Auftragsklärung einen festen Stellenwert und es existieren Methoden und Techniken um diese durchzuführen. Eine sorgfältige, verfahrensübergreifende Auseinandersetzung mit dem Thema übersteigt an Aufwand jedoch deutlich die Möglichkeiten dieser Arbeit und bleibt als wünschenswerter Ausblick zunächst bestehen.

Das Bestreben der angemessenen Einbeziehung aller an der Psychotherapie beteiligten Parteien in einen Klärungsprozess über Anliegen, Erwartungen und Aufträge, scheint mit psychodynamischer Orientierung recht neu zu sein. Die Idee ist jedoch vor dem Hintergrund der Ergebnisse aktueller Wirksamkeitsforschung sehr nahe liegend. Ebenso kann im Zusammenhang der angestellten Überlegungen zu den Besonderheiten des Auftragskontextes bei Kindern und Jugendlichentherapien davon ausgegangen werden, dass alle am psychotherapeutischen Prozess beteiligten Perspektiven prinzipiell von Bedeutung sind. Die Untersuchungen ergaben zudem, dass die Diskussion, was als angemessene Beteiligung von Therapeuten, Eltern und Patienten gelten kann, durch einen generellen Haltungswandel von Psychotherapeuten beeinflusst wird. Einem zeitgemäßen psychotherapeutischen Rollenverständnis entsprechend, sollten Patienten als ein

gleichberechtigtes Gegenüber ernst genommen werden. Dieses Ernstnehmen sollte auch im Prozess der initialen Auftragsklärung zum Ausdruck kommen, es findet deshalb in der dreigliedrigen Struktur des Hauptteils der Arbeit eine Form. Die für die Klärung der Aufträge bedeutsam erscheinenden Aspekte, wurden aus jeweils einer der drei beteiligten Perspektiven betrachtet. Darin wurde deutlich, dass verschiedene und nicht unbedingt zueinander passende Hintergründe und Anliegen an eine Psychotherapie eine Rolle spielen. Therapeuten, Patienten und Eltern bringen ihre eigenen Anliegen in den Prozess der Auftragsklärung ein. Die Fähigkeiten, sich und seine Sichtweise zu vertreten und selbst dafür zu sorgen, dass die eigenen Anliegen beachtet werden, sind dabei sehr ungleich verteilt. Während sich Therapeuten auf eine fundierte Störungstheorie stützen, theoriegeleitete Hypothesen entwickeln und ihren Behandlungsauftrag grundsätzlich im Rahmen der Psychotherapierichtlinien als legitimiert sehen können, sind für die Perspektive der Eltern<sup>21</sup> vor allem ihre persönlichen Erwartungen und Bedürfnisse, eigene unge löste Konflikte sowie die Aufträge, die aus ihrer elterlichen Rolle heraus erwachsen, von Bedeutung. Was die eigentlichen Patienten in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – die Kinder und Jugendlichen – betrifft, konnte anhand ihrer entwicklungspsychologischen Reife und der phasentypischen Besonderheiten festgestellt werden, dass ihre Situation von Abhängigkeiten und Ambivalenz geprägt ist, so dass sie sich bei der Klärung der Aufträge am schlechtesten selbst vertreten können. Ihre Anliegen sollten jedoch ebenfalls angemessen berücksichtigt werden. Es konnte weiterhin gezeigt werden, dass Aufträge selten direkt und explizit formuliert werden, implizite und unbewusste Erwartungen jedoch ebenso von großer Relevanz in der Psychotherapie sind. Bei der Exploration eigener Anliegen der Patienten für die Therapie sind deshalb geeignete diagnostische Verfahren und Methoden nötig. Da in der psychoanalytisch begründeten Theorie besonders auf unbewusste Prozesse und deren Niederschlag in der therapeutischen Beziehung Wert gelegt wird, erscheint ein psychodynamisches Grundverständnis hierfür besonders geeignet. Eine spezielle Methode zur Diagnostik der Anliegen und Aufträge von Kindern und Jugendlichen existiert nicht und scheint auch als solche kaum sinnvoll zu sein. Man gelangt mit bereits bekannten Verfahren und Methoden, wie sie im letzten Kapitel der Arbeit vorgestellt werden, zu aussagefähigen Ergebnissen. Es bedarf jedoch

---

<sup>21</sup> In der Arbeit konnte nur ein kleiner Teil der tatsächlich existierenden Lebensentwürfe, in denen Kinder bzw. Jugendliche heranwachsen, berücksichtigt werden. Eine differenziertere Betrachtung der einzelnen Punkte müsste, entsprechend auf einzelne Konstellationen angepasst beschrieben werden. In der psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Literatur wird überwiegend davon ausgegangen, dass es ein Familienmodell von Vater-Mutter-Kind gibt. Auf dieses Modell beziehen sich auch die meisten Störungs- und Entwicklungstheorien. Was moderne Patchworksituationen, Einelternfamilien oder gleichgeschlechtliche Partnerschaften für Auswirkungen haben und inwiefern die psychoanalytischen Theorien dadurch beeinflusst werden, konnte im begrenzten Umfang der vorliegenden Arbeit leider nicht berücksichtigt werden.

in jedem Fall der Interpretation und Übersetzung durch den Therapeuten um Formulierungen im Auftragsformat zu erhalten.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Erwartungen und Anliegen aller an einer Psychotherapie beteiligten Personen bedeutungsvoll und im therapeutischen Prozess wirksam sind. Die Klärung und Reflexion der beteiligten Sichtweisen empfiehlt sich einerseits für eine transparente Ausgangssituation und das Entwickeln eines tragfähigen Behandlungsbündnisses. Andererseits ist die Kenntnis der beteiligten Erwartungen für eine zielführende Behandlungsplanung und die Gestaltung eines für den Patienten hilfreichen therapeutischen Prozesses unerlässlich. Eine sorgfältige Auftragsklärung kann dabei helfen, unnötigen Enttäuschungen vorzubeugen und gemeinsam realistische Ziele zu verfolgen, sie erhöht nachweislich die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Behandlung – von Anfang an.

## 6 Anhang

### Satzergänzungstest für Mädchen

#### *Das Mädchen*

1. Wenn sie allein war .....
2. Sie wünschte sich oft.....
3. Manchmal hatte sie ein schlechtes Gewissen, weil .....
4. Oft hatte sie geglaubt, dass .....
5. Einmal hatte sie erlebt, dass.....
6. Wenn sie die anderen Kinder nicht mitspielen lassen .....
7. Das schönste Lied heißt .....
8. Wenn sie Theater spielt .....
9. Sie mag keine Kinder, die .....
10. Wenn sie erst erwachsen ist .....
11. Sie war sehr traurig, als .....
12. Wenn ihre Mutter nur .....
13. Sie findet es abscheulich .....
14. Die meisten Väter .....
15. Sie überlegte sich immer wieder .....
16. Der schönste Beruf ist.....
17. In ihrer Familie ist sie immer.....
18. Sie dachte nicht gerne daran, dass.....
19. Ein Mädchen hat sie .....
20. Sie hatte am meisten Angst davor, dass .....
21. Sie war sehr stolz darauf, dass .....
22. Sie träumte gerne (von) .....
23. Sie fühlte sich zu Hause nicht wohl, weil .....
24. Sie wünschte, ihr Vater.....
25. Sie ist sehr unanständig, wenn .....
26. Am meisten liebte sie .....



27. Die meisten Mütter .....
28. Es ist sehr schade, dass .....
29. Sie würde lieber zur Schule gehen, wenn .....
30. Sie war furchtbar wütend, als .....
31. Sie bekam ein schlechtes Zeugnis, weil .....
32. Ihr bester Freund war .....
33. Sie hätte den Menschen umbringen können, der .....
34. Manchmal machte sie sich Sorgen, dass .....
35. Sie wünschte sich eine Freundin, die .....
36. Sie findet, dass die meisten Mädchen .....
37. Sie war tief betrübt, als (weil) .....
38. Die meisten Leute wussten nicht, dass sie .....
39. Sie fand ihren Bruder nicht schön (nett), weil er .....
40. Es ekelte sie sehr .....
41. Sie tat Unrecht, als sie .....
42. Als ihre Mutter sie bestraft hatte .....
43. Am glücklichsten ist sie, wenn .....
44. Sie schäumte vor Wut, als .....
45. Sie mag ihren Vater, aber .....
46. Die meisten Leute mochten sie .....
47. Sie konnte Tiere .....
48. Sie fand, dass ihr Lehrer .....
49. Als ihr Vater sie bestraft hatte .....
50. Sie wünschte, ihre Mutter .....
51. Sie lief von zu Hause fort .....
52. Ihre schwächste Seite war .....
53. Sie waren Freunde, weil .....
54. Sie mag ihre Mutter, aber .....
55. Am strengsten hat man ihr verboten, dass .....
56. Sie weinte, weil .....

57. Sie fand von ihren Eltern nicht schön, dass .....
58. Wenn sie Mutter wäre, würde sie .....
59. Die anderen Kinder lachten sie aus, weil .....
60. Es gibt Mütter, die .....
61. Als sie merkte, dass ihr keiner helfen konnte .....
62. Die meisten Leute wissen .....
63. Wenn sie nur .....
64. Es war ihr peinlich, dass .....
65. Als sie sah, dass die anderen besser waren als sie .....
66. Sie grübelte oft .....

## **7 Literaturverzeichnis**

Arbeitskreis OPD-KJ. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Manual. 1. Nachdruck. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG. Bern 2012

Arbeitskreis OPD (Hrsg.). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Verlag Hans Huber. Bern 2006

Argelander, Hermann. Das Erstinterview in der Psychotherapie. 4. Unveränderte Auflage. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt. Darmstadt 1989

Boessmann, Udo; Remmers, Arno. Behandlungsfokus. Deutscher Psychologen Verlag GmbH. Bonn 2008

Boessmann, Udo. Wirksam Behandeln – Nutzung von bewussten und unbewussten Aufträgen in der Psychotherapie, Medizin und Supervision. Deutscher Psychologen Verlag GmbH. Bonn 2005

Boll-Klatt, Annegret und Kohrs, Matthias. Praxis der Psychodynamischen Psychotherapie – Grundlagen – Modelle – Konzepte. Schattauer GmbH. Stuttgart 2014

Brem-Gräser, Luitgard. Familie in Tieren - Die Familiensituation im Spiegel der Kinderzeichnung - Entwicklung eines Testverfahrens. 10. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag. München 2011

Buber, Martin. Ich und Du. 16. Auflage, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1999

Bürgin, Dieter. Psychoanalytische Therapie in der Adoleszenz. In : Psychotherapie im Dialog. S. 331-337. 4. Ausgabe 2002

Burchartz, Arne. Psychodynamische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen – Das tiefenpsychologisch fundierte Verfahren: Basiswissen und Praxis. Kohlhammer GmbH. 1. Auflage. Stuttgart 2012

Cube, Felix von. Lust an Leistung. Piper Verlag. 15. Auflage. München 1997

De Shazer, Steve. Wege der erfolgreichen Kurztherapie. 11. Auflage. Klett-Cotta Verlag. Stuttgart 2012

- Erikson, Erik. Identity and the Life Cycle. International University Press. New York 1950
- Ferenczi, Sándor. Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932.  
Hrsg. von Judith Dupont. Fischer. Frankfurt/M 1999
- Ferenczi, Sándor. Zur psychoanalytischen Technik. In: Ders. Schriften zur  
Psychoanalyse. Band 1. Hrsg. Von Michael Balint. Psychosozial-Verlag. S. 272-  
283. Giessen 2004
- Freud, Sigmund. Jenseits des Lustprinzips. 3., durchgesehene Auflage. Internationaler  
Psychoanalytischer Verlag. Leipzig 1923
- Grawe, Klaus. Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. In: Report  
Psychologie 7/8 2005. S. 311.
- Günter, Michael. Psychotherapeutische Erstinterviews mit Kindern: Winnicotts Squiggle  
Technik in der Praxis. Klett-Cotta Verlag. Stuttgart 2003
- Heigl, Franz. Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. 3.,  
durchgesehene Auflage. Verlag für Med. Psychologie im Verlag Vandenhoeck &  
Ruprecht. Göttingen 1987
- Hoffmann, Sven Olaf und Hochapfel, Frank R. Einführung in die Neurosenlehre und  
Psychosomatische Medizin. Schattauer. Stuttgart, New York 1979
- Hopf, Hans. Angst und Angststörungen. In: Hopf, Hans und Windaus, Eberhard  
(Hrsg.). Lehrbuch der Psychotherapie – für die Ausbildung zum Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung. Band 5.  
3. Auflage. S. 273-290. CIP-Medien. München 2009
- Klüwer, Rolf. Das Konzept des Fokus im psychoanalytischen Denken. In: Klüwer, Rolf  
und Lachauer Rudolf (Hrsg.). Der Fokus – Perspektiven für die Zukunft.  
Psychoanalytische Blätter. Bd. 26. S. 20-37. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen  
2004
- König, Karl. Gegenübertragungsanalyse. 4. Auflage. Vandenhoeck & Ruprecht.  
Göttingen 2004
- Kos, Marta und Biermann, Gerd. Die verzauberte Familie. 5. neu gestaltete Auflage.  
Ernst Reinhardt Verlag. München 2002

- Lachauer, Rudolf. Der Fokus in der Psychotherapie – Fokalsätze und ihre Anwendung in Kurztherapie und anderen Formen analytischer Psychotherapie. Pfeifer bei Klett-Cotta. Stuttgart 2004
- Laireiter, Anton-Rupert (Hrsg.). Diagnostik in der Psychotherapie. Springer-Verlag. Wien, New York 2000
- Loth, Wolfgang. Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen – Das Entwickeln Klinischer Kontrakte. In: Hargens, Jürgen (Hrsg.). Systemische Studien. Band 16. Verlag Modernes Lernen. Dortmund 1998
- Luhmann, Niklas. Soziale Systeme - Grundriss einer allgemeinen Theorie. Suhrkamp Verlag. Frankfurt am Main 1984
- Orlinsky, David und Howard Kenneth. Process and Outcome in Psychotherapy. In: S. L. Garfield, A. E. Bergin (Hrsg.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. S. 311–384. 3. Auflage. Wiley, New York 1986
- Rauchfleisch, Udo. Kinderpsychologische Tests – Ein Kompendium für Kinderärzte. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart 2001
- Reimer, Christian und Rüger, Ulrich. Psychodynamische Psychotherapien – Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren. 3., vollständig neu bearbeitete und aktualisierte Auflage. Springer Medizin Verlag. Heidelberg 2006
- Richter, Horst Eberhard. Eltern, Kind und Neurose - Psychoanalyse der kindlichen Rolle. 32. Auflage. Rowohlt Verlag. Reinbek bei Hamburg 2007
- Rüger, Ulrich; Dahm, Andreas und Kallinke Dieter. Faber/Haarstrick – Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 7., aktualisierte und ergänzte Auflage. Urban & Fischer Verlag. Elsevier GmbH. München 2005
- Rudolf, Gerd. Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik – Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. 5., unveränderte Auflage. Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart 2005
- Rudolf, Gerd. Strukturbezogene Psychotherapie – Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. 3., unveränderter Nachdruck der 2. Auflage. Schattauer GmbH. Stuttgart 2011

Rudolf, Gerd. Psychodynamische Psychotherapie – Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma. 1. Auflage. Schattauer GmbH. Stuttgart 2010

Seiffge-Krenke, Inge. Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie mit Jugendlichen. Klett-Cotta. Stuttgart 2007

Senf, Wolfgang und Broda, Michael. Praxis Psychotherapie – Ein integratives Lehrbuch. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart. New York 2005

Windaus, Eberhard. Behandlungskonzepte der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Hopf, Hans und Windaus, Eberhard (Hrsg.). Lehrbuch der Psychotherapie – für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung. Band 5. 3. Auflage. S. 213-230. CIP-Medien. München 2009

#### **Internetquellen:**

[http://www.froschkoenige.ch/media/pdf/Modelle/Wunderfrage\\_LR.pdf](http://www.froschkoenige.ch/media/pdf/Modelle/Wunderfrage_LR.pdf)

abgerufen am 25.06.2014

## Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Dresden, 28.06.2014